

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE N° 358

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le vendredi 11 mai 1900 à 1 heure*

Par M. MORTUREUX

Né à Mesmont (Côte-d'Or) le 12 mars 1874.

DES

KYSTES HYDATIQUES  
DE LA RATE

*Président : M. TILLAUX, professeur.*

*Juges : { MM. JALAGUIER, professeur.  
WALTHER et MAUCLAIRE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties  
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
15, rue Racine, 15

1900



358

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

888



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le vendredi 11 mai 1900 à 1 heure*

Par M. MORTUREUX

Né à Mesmont (Côte-d'Or) le 12 mars 1874.

DES

KYSTES HYDATIQUES  
DE LA RATE

*Président : M. TILLAUX, professeur.*

*Juges : { MM. JALAGUIER, professeur.  
WALTHER et MAUCLAIRE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                                |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen</b> . . . . .                                                         | <b>M. BROUARDEL</b>  |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                                   | <b>MM.</b>           |
| <b>Anatomie</b> . . . . .                                                      | <b>FARABEUF.</b>     |
| <b>Physiologie</b> . . . . .                                                   | <b>CH. RICHET.</b>   |
| <b>Physique médicale</b> . . . . .                                             | <b>GARIEL.</b>       |
| <b>Chimie organique et chimie minérale</b> . . . . .                           | <b>GAUTIER.</b>      |
| <b>Histoire naturelle médicale</b> . . . . .                                   | <b>BLANCHARD.</b>    |
| <b>Pathologie et thérapeutique générales</b> . . . . .                         | <b>BOUCHARD.</b>     |
| <b>Pathologie médicale</b> . . . . .                                           | <b>DEBOVE.</b>       |
| <b>Pathologie chirurgicale</b> . . . . .                                       | <b>HUTINEL.</b>      |
| <b>Anatomie pathologique</b> . . . . .                                         | <b>LANNELONGUE</b>   |
| <b>Histologie</b> . . . . .                                                    | <b>CORNIL.</b>       |
| <b>Opérations et appareils</b> . . . . .                                       | <b>MATHIAS DUVAL</b> |
| <b>Matière médicale et pharmacologie</b> . . . . .                             | <b>TERRIER.</b>      |
| <b>Thérapeutique</b> . . . . .                                                 | <b>POUCHET.</b>      |
| <b>Hygiène</b> . . . . .                                                       | <b>LANDOUZY.</b>     |
| <b>Médecine légale</b> . . . . .                                               | <b>PROUST.</b>       |
| <b>Histoire de la médecine et de la chirurgie</b> . . . . .                    | <b>BROUARDEL.</b>    |
| <b>Pathologie expérimentale et comparée</b> . . . . .                          | <b>N.....</b>        |
| <b>Clinique médicale</b> . . . . .                                             | <b>CHANTEMESSE.</b>  |
| <b>Maladie des enfants</b> . . . . .                                           | <b>POTAIN.</b>       |
| <b>Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale</b> . . . . . | <b>JACCOUD.</b>      |
| <b>Clinique des maladies cutanées et syphilitiques</b> . . . . .               | <b>HAYEM.</b>        |
| <b>Clinique des maladies du système nerveux</b> . . . . .                      | <b>DIEULAFOY.</b>    |
| <b>Clinique chirurgicale</b> . . . . .                                         | <b>GRANCHER.</b>     |
| <b>Clinique ophtalmologique</b> . . . . .                                      | <b>JOFFROY.</b>      |
| <b>Clinique des maladies des voies urinaires</b> . . . . .                     | <b>FOURNIER.</b>     |
| <b>Clinique d'accouchements</b> . . . . .                                      | <b>RAYMOND.</b>      |
|                                                                                | <b>BERGER.</b>       |
|                                                                                | <b>DUPLAY.</b>       |
|                                                                                | <b>LE DENTU.</b>     |
|                                                                                | <b>TILLAUX.</b>      |
|                                                                                | <b>PANAS.</b>        |
|                                                                                | <b>GUYON.</b>        |
|                                                                                | <b>BUDIN.</b>        |
|                                                                                | <b>PINARD.</b>       |

## Agréés en exercice.

|                       |                     |                  |                  |
|-----------------------|---------------------|------------------|------------------|
| <b>MM.</b>            | <b>DESGREZ</b>      | <b>LEJARS</b>    | <b>THIROLOIX</b> |
| <b>ACHARD.</b>        | <b>DUPRÉ</b>        | <b>LEPAGE</b>    | <b>THOINOT</b>   |
| <b>ALBARRAN.</b>      | <b>FAURE</b>        | <b>MARFAN</b>    | <b>VAQUEZ</b>    |
| <b>ANDRÉ</b>          | <b>GAUCHER</b>      | <b>MAUCLAIRE</b> | <b>VARNIER</b>   |
| <b>BONNAIRE</b>       | <b>GILLES DE LA</b> | <b>MENETRIER</b> | <b>WALLICH</b>   |
| <b>BROCA (Aug.)</b>   | <b>TOURETTE</b>     | <b>MERY</b>      | <b>WALTHER</b>   |
| <b>BROCA (André).</b> | <b>HARTMANN</b>     | <b>ROGER</b>     | <b>WIDAL</b>     |
| <b>CHARRIN</b>        | <b>LANGLOIS</b>     | <b>SEBILEAU</b>  | <b>WURTZ</b>     |
| <b>CHASSEVANT</b>     | <b>LAUNOIS</b>      | <b>TEISSIER</b>  |                  |
| <b>DELBET</b>         | <b>LEGUEU</b>       | <b>THIERY</b>    |                  |

Chef des Travaux anatomiques : **M. RIEFFEL**

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MON GRAND-PÈRE

*Faible témoignage de ma profonde reconnaissance*

A MES SŒURS ET A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE D<sup>r</sup> DEROYE

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Dijon  
Médecin de l'Hôpital.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux  
Membre de l'Académie de médecine  
Commandeur de la Légion d'honneur

# DES KYSTES HYDATIQUES

## DE LA RATE

---

### INTRODUCTION

Au mois d'octobre dernier, nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint Antoine, dans le service de M. Blum, un malade qui présentait à s'y méprendre les signes d'un kyste hydatique de la rate. A ce propos notre maître attira notre attention sur les difficultés que l'on rencontrait parfois pour découvrir la localisation exacte de la lésion ; il voulut bien nous rappeler en même temps l'observation d'un kyste hydatique multiloculaire splénique, qu'il avait opéré avec succès quelques mois auparavant. Aussi est-ce sur ses conseils, que nous avons fait de ces kystes le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre but n'a pas été de traiter une question nouvelle. En apportant deux observations inédites, nous avons pensé que notre travail aurait son utilité et mettrait plus en relief soit les lésions, soit les symptômes, soit les difficultés du diagnostic de cette affection.

Brièvement nous en retracerons l'histoire et la patho-

génie, puis nous verrons que si la seméiologie n'a pas eu à bénéficier beaucoup des recherches des cliniciens, le traitement, par contre, après avoir été pendant longtemps incomplet et timide, est entré dans une phase nouvelle rendu plus hardi par les sécurités que lui offrait l'antiseptie. Dans ce dernier chapitre nous discuterons surtout la valeur des principaux procédés actuellement employés. Nous basant sur les expériences des physiologistes, nous nous demanderons si la rate a une fonction importante et si l'on peut sans inconvénient en priver l'organisme.

Avant de commencer cette étude nous sommes heureux d'adresser tous nos remerciements à M. le Docteur Blum pour la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant nos visites dans son service, et pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Merci aussi à tous nos maîtres de l'Ecole de médecine de Dijon dont l'amabilité a été constante à notre égard. Que surtout M. le Docteur Deroye, qui fut un guide affectueux pendant tout le cours de nos études, reçoive ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous avons eu le bonheur d'être l'élève de M. le Professeur Tillaux ; nous n'oublierons pas que c'est à son enseignement clair et précis que nous devons le meilleur de nos connaissances chirurgicales. Il nous fait encore le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de croire à notre plus sincère gratitude.

## APERÇU HISTORIQUE

A l'heure actuelle nous ne sommes plus au temps où les kystes hydatiques de la rate étaient des trouvailles d'autopsie, où on les présentait devant les sociétés à titre de curiosités. Depuis la thèse de Magdelain (1) (Paris 1868) qui le premier s'occupa des kystes acéphalocystiques de la rate et de la splénotomie, de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet.

En 1877, Besnier (2), dans l'article « *Pate* » du *Dictionnaire Dechambre*, reprend la question et la met au point.

Puis deux nouvelles thèses sont soutenues à Paris, sur le même sujet, l'une en 1875 par Lefèvre (3), l'autre en 1879 par Le Noël (4).

En 1883 Blum A. (5), publie une revue critique sur l'extirpation de la rate et considère la splénectomie comme une opération grave.

1. Magdelain. Th. Paris, 1868.

2. Besnier. Article « *Rate* », *Dictionnaire Dechambre*.

3. Lefèvre. Th. de Paris, 1875.

4. Le Noël. Th. de Paris, 1879.

5. Blum A. Revue critique. *Archiv. gén. de méd.*, Paris, 1883, 7 s. XI.

En 1884, Mosler (1) réunit un certain nombre d'observations de kystes hydatiques de la rate.

En 1888, en même temps que paraît une nouvelle thèse à ce sujet, celle de Lainé (2), qui nous fait assister aux progrès de la chirurgie dans le traitement de cette affection, Casanova et Poulet (3) publient dans la *Revue de chirurgie* un article sur la thérapeutique des kystes hydatiques de la rate.

Dans ce travail ils rejettent l'ablation de la rate.

En 1893 Trinkler (4), assistant à la Clinique chirurgicale de la Faculté de Kharkof, dans un travail traduit dans la *Revue de Chirurgie* de 1894, rassemble un grand nombre d'observations, discute le diagnostic des tumeurs de la rate ainsi que la valeur des différents traitements.

En 1896 Cras (5) fait une étude sur les kystes hydatiques de la rate dans une thèse qu'il soutient devant la faculté de Bordeaux. C'est le dernier travail paru spécialement sur ce sujet.

Mais de tous les pays viennent de nombreuses observations, la question du traitement est mise à l'ordre du jour, alors, en 1897, une remarquable thèse de Vanverts J. (6) paraît sur la splénectomie, où l'auteur nous montre

1. Mosler. *Ueber milzechinococcus und seine Behandlung*-Wiesbaden, 1884.

2. Lainé. Th. Paris, 1888.

3. Casanova et Poulet. *Revue de chirurgie*, 1888,

4. Trinkler. *Kystes hydatiques de la rate*. *Revue de Chirurgie*, 1894.

5. Cras. Th. Bordeaux, 1896.

6. Vanverts J. *De la splénectomie* (Th. Paris, 1897).

cette opération comme idéale toutes les fois que l'on se trouve en présence de kyste hydatique de la rate ; quelques mois plus tard en 1898, Baraduc (1) dans une thèse sur le traitement des kystes hydatiques abdominaux, apporte de nombreuses observations de kystes hydatiques traités par le procédé de M. Delbet ; deux fois seulement il est suivi pour des kystes hydatiques de la rate, avec guérison ; Baraduc croit ce procédé préférable à la splénectomie.

Enfin, il y a un an, Monsieur le professeur Dieulafoy (2) au sujet de deux malades de son service de l'Hôtel-Dieu, atteints de kystes hydatiques de la rate, faisait deux magistrales leçons, où nous avons trouvé de précieux documents qui nous ont aidé à élucider les questions si vagues, de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie.

1. Baraduc. Th. Paris, 1898.

2. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris*, tome III, leçons V et VI.

## CHAPITRE I<sup>er</sup>

### ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE.

Les kystes hydatiques de la rate comme les kystes hydatiques en général, n'ont d'autre cause que la pénétration dans l'organisme des œufs du *tœnia echinococcus*. C'est le plus petit des cestodes connus (3 à 4 millimètres), il vit dans l'intestin grêle du chien. Quand il a acquis son complet développement, le chien expulse ses œufs avec ses excréments. A ce moment les œufs ont la forme d'embryon hexacanthé, qui protégés par une coque peuvent demeurer intacts sur l'herbe, sur les légumes, la salade, le persil, et pendant longtemps sont une source de contamination pour l'homme et les autres animaux.

Le chien en mangeant les viscères de ces animaux s'infectera à nouveau, et servira encore une fois à propager les œufs et la maladie.

Depuis longtemps on a fait des statistiques pour savoir le nombre de personnes atteintes de kyste hydatique dans les pays où les chiens sont très nombreux; l'Islande a une triste renommée à ce point de vue, d'après Jon Finsen le quarantième de la population en serait atteint; d'après un travail publié par quelques médecins mecklembourgeois, le grand duché de Mecklembourg, au Nord de l'Al-

Allemagne serait le pays où cette maladie serait le plus fréquente après l'Islande. En France, elle n'est pas une rareté non plus, tous les ans on en constate de nombreux cas dans les hôpitaux; elle serait probablement due à la présence des chiens qui vivent dans les abattoirs.

Mais ce n'est pas seulement où les chiens pullulent que la contagion se produit; le contact répété d'un de ces animaux, pour peu que l'on vive plus ou moins malproprement, suffira à provoquer la maladie.

Aux deux faits de M. Rendu, dans l'article *Foie* du *Dictionnaire encyclopédique*: une jeune fille qui passait toute sa vie entourée de six chiens, et un chasseur qui gardait ses chiens avec lui jusque dans sa chambre à coucher, nous pouvons ajouter celui de notre malade (Observ. I) qui vivait jour et nuit en contact de chiens et de chats, partageant sa nourriture et même son lit. Nous avons eu le plaisir de recueillir ce renseignement, tout récemment, en allant prendre de ses nouvelles: avant il avait été impossible de trouver la cause occasionnelle de son mal, lui qui avait toujours habité Paris.

L'homme peut même s'infecter en dehors de ces contacts journaliers avec le chien; si la préparation des légumes, salade etc, souillés par les excréments du chien est un peu négligée, l'embryon hexacanthé pénétrera directement dans les voies digestives, d'où il ira dans les autres organes, suivant divers procédés que nous verrons.

La rate a été considérée pendant fort longtemps comme étant rarement le siège du développement du tœnia; Jon Finsen encore donnait le rapport de 0,78 pour 100, chiffre bien au-dessous de la vérité, puisque la statistique

de M. Vital (1), basée sur des autopsies, donnait 9 cas d'hydatides de la rate sur 54. D'après lui, elle serait l'organe le plus souvent atteint après le foie.

De jour en jour les cliniciens ont mieux observé, prévenus de la fréquence relative de ces kystes, ils examinèrent mieux la rate, et beaucoup de cas furent diagnostiqués, qui autrefois auraient passé inaperçus.

La plus grande fréquence des kystes hydatiques de la rate a été constatée entre 10 et 30 ans, sans prédisposition marquée pour l'un et l'autre sexe; les mêmes conditions : profession et hygiène surtout, pouvant être une cause de danger pour les uns et les autres.

Si l'étiologie de cette affection est bien connue, il n'en est pas de même du mode de transmission dans la rate.

Nous nous bornerons à donner les principales théories que nous avons trouvées décrites dans la thèse de Cras.

D'après un premier mode, les échinocoques après avoir pénétré dans la circulation veineuse, seraient transmis dans le segment artériel, et de là lancés dans la rate. Pour d'autres « préoccupés des difficultés du passage de l'embryon à travers les ramifications portes ou pulmonaires », celui-ci traverserait la muqueuse stomacale, pénétrerait dans le cœur, et serait lancé dans la circulation artérielle.

Cette force de pénétration de l'hexacanthé, a été bien mise en relief par Van Beneden, et par Le Noel. Pour cet auteur ce mode de transmission directe, serait le seul admissible pour expliquer la présence des kystes hydatiques dans la rate.

1. *Les entozoaires à l'Hôpital militaire de Constantine. Gaz. médic.* 1874, p. 275.

Cras, considérant la rate, avec Robin, « comme réservoir du sang qui lui arrive et comme diverticule du sang de la veine-porte dans l'effort », suppose que dans un effort très violent par exemple et dans des conditions favorables de tension sanguine, il puisse se faire un reflux du sang de la veine-porte dans la veine splénique, reflux favorisé par l'absence de valvules dans tout le système porte.

Dans ces conditions, il admet que l'hexacanthé ayant pénétré dans le système porte, sa voie la plus habituelle, peut arriver dans la rate.

Pour Chachereau, l'embryon éviterait le foie en pénétrant directement dans la veine-cave inférieure par l'intermédiaire de la veine hémorroïdale inférieure.

Gangolphe indique un autre mode de transport; ce seraient les gros lymphatiques qui entourent le tube digestif, qui conduiraient l'embryon dans le canal thoracique; de là il passerait dans le système cave et dans le cœur.

De toutes ces théories, il est difficile de dire laquelle est la meilleure; l'hypothèse de Cras serait peut-être une des plus attrayantes pour l'esprit sans toutefois pouvoir être considérée comme un mode constant de transmission, puisqu'elle nécessite des conditions tout à fait spéciales.

A côté de ces diverses explications, cherchant à montrer la porte d'entrée de l'embryon dans la rate à l'exclusion des autres organes, il en est une autre, émise par Clado (1), et qui nous semble très plausible dans les cas

1. Clado. *Progrès médical*, 1886. 2<sup>e</sup> s. IV. *Soc. anatom.*, p. 676.

de kystes multiples de l'abdomen : Les échinocoques arrêtés dans le foie par exemple, seraient semés dans la cavité abdominale, par la rupture de la poche hépatique. Il y aurait « greffe d'une vésicule, échappée du kyste primitif » comme le disait M. Quénu à la séance de la Société de Chirurgie du 21 mars 1900. Nous croyons que la présence des kystes hydatiques juxta-spléniques, pourrait fort bien s'expliquer de cette façon.

A la fin de ce chapitre sur la pathogénie des kystes hydatiques de la rate, nous voudrions dire encore un mot sur les conditions qui favorisent ou empêchent la perception du frémissement hydatique. Notre observation I présente un fait intéressant à ce point de vue.

La tumeur était bilobée, et ce n'était que dans la partie inférieure que l'on sentait très nettement la vibration des hydatides. L'opération a montré que cette poche contenait un peu de liquide et une énorme quantité de vésicules-filles, beaucoup plus nombreuses qu'ailleurs. Ne faut-il pas voir là la cause du phénomène ? absolument comme chez ce malade de M. Tillaux, atteint d'un kyste hydatique du grand épiploon occupant toute la cavité abdominale.

Ce kyste était constitué par un grand nombre de poches indépendantes dont une seule était très nettement vibrante pendant que les autres ne l'étaient pas, parce que la première ne contenait pas de liquide mais une masse d'hydatides filles, tandis que toutes les autres contenaient beaucoup de liquide.

Ces deux observations sont trop démonstratives pour ne pas croire que le frémissement hydatique est dû au

choc, à la pression réciproque qu'exerce la percussion sur les hydatides filles, en mettant en jeu leur propriété vibratoire. Ce n'est donc pas à la nature du liquide qu'il faut attribuer ce frémissement ; on conçoit au contraire que plus le liquide sera abondant, moins il y aura de vésicules secondaires, moins aussi on aura des chances de rencontrer ce symptôme.

Nous signalons encore à l'appui de cette théorie notre VIII<sup>e</sup> observation, où le frémissement hydatique ne fut perceptible qu'après une ponction pendant laquelle on avait retiré du liquide de la poche.

Maintenant que nous savons comment l'échinocoque pénètre dans la rate, comment il pourra s'y révéler, nous allons étudier les lésions qu'il détermine dans la rate et les organes voisins.

## CHAPITRE II

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions causées par les kystes hydatiques de la rate sont bien différentes suivant que l'on a affaire à un kyste uniloculaire, ou à un kyste multiloculaire ; suivant aussi le siège qu'il occupe par rapport à cet organe, enfin suivant le volume de la tumeur.

Quand la maladie commence, le kyste encore petit est perdu dans l'épaisseur de l'organe, il ne provoque pas de réaction de voisinage, puis il s'agrandit ; la membrane germinative produit des vésicules-filles le plus souvent dans son intérieur ; mais parfois, elle secrète des vésicules exogènes, qui vont refouler dans la rate le kyste adventif, en détruisant petit à petit tout le parenchyme de l'organe. On est en présence d'un kyste multiloculaire, comme dans notre observation I ; dans ce cas il ne reste que quelques parcelles de tissu splénique disséminées au milieu des différentes poches ; il est très difficile de les différencier pendant l'opération. Emprasons-nous de dire que c'est le cas le plus rare ; d'ordinaire la vésicule-mère forme à elle seule la tumeur ; plus elle secrète plus elle devient volumineuse ; c'est alors qu'elle détermine différentes lésions suivant son point de départ.

Avec M. le professeur Dieulafoy nous distinguerons

trois sortes de kystes : les kystes intra-spléniques, les kystes qui s'extériorisent, et les kystes juxta-spléniques.

Les premiers, malgré l'opinion de Davaine (1) qui voulait qu'ils soient le plus souvent superficiels, peuvent être considérés comme très fréquents ; sur 25 cas, Le Noël (2) cite 15 fois le kyste trouvé, à l'autopsie, à l'intérieur de la rate. Ces kystes centraux se développent en plein tissu splénique. Quelquefois la rate peut être réduite à une vaste coque fibreuse ; mais le plus souvent, il en résulte « une tumeur formée au centre par le kyste, et à la périphérie par le tissu de la rate, aminci en certains endroits, hypertrophié dans d'autres.

Dans la partie amincie, du tissu de sclérose (périsplénite) s'est substitué au tissu normal de la rate. A mesure que l'on va du centre aux extrémités, la périsplénite existe toujours, mais le tissu splénique s'hypertrophie considérablement. » Dieulafoy.

M. le professeur Dieulafoy (3) est le premier qui ait attaché une importance à cette augmentation de volume de la rate ; il la compare à l'hypertrophie compensatrice du foie, décrite par Hanot (4) et Kahn (5), dans leur étude sur la régénération de cet organe. Cette compensation du tissu de la rate aurait donc pour but de suppléer à la partie de la rate sclérosée, nous nous deman-

1. Davaine. *Traité des entozoaires*, 1860.

2. Le Noël. *Loc. cit.*

3. Dieulafoy. *Loc. cit.*

4. Hanot. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 18 juillet 1896. *Presse médicale*, avril 1895.

6. Kahn. *Th. Paris*, 1896.

dans si dans ces cas il serait logique d'enlever l'organe tout entier, puisqu'il peut encore remplir toutes ses fonctions.

Cras (1) constate aussi cette hypertrophie, mais il croit que c'est une déformation résultant du siège du kyste dans la rate. « Il est facile de comprendre, dit-il, que suivant ce siège, telle ou telle partie de la rate, sera plus ou moins développée. La rate augmente de volume, elle est triplée, quadruplée et même plus encore ».

Nous retrouvons cette même hypertrophie dans les cas où le kyste au lieu d'être central, est excentrique. Il prend naissance non loin de la surface de la rate qui dans sa plus grande partie conserve sa forme normale, tout en s'hypertrophiant. Le kyste s'exteriorise dit M. Dieulafoy, et il en résulte une tumeur bilobée, un gros lobe formé par le kyste et un petit lobe formé par la rate. Déjà dans cette variété, le kyste a beaucoup plus de tendance que dans la première, à quitter la région de la rate, à envahir le thorax ou l'abdomen ; le diagnostic devient plus difficile.

Il en est de même dans la troisième variété des kystes que nous avons nommés kystes juxta-spléniques.

Ils ne se développent plus dans le tissu de la rate ; on trouve leur point de départ soit sous la capsule, soit au niveau du hile. Ils peuvent rester au contact de l'organe, être sessiles ; mais aussi en se développant ils se pédiculisent et s'éloignent de la rate, ils sont alors très mobiles, et on les confond presque toujours avec des tumeurs kystiques de l'abdomen.

1. Cras. *Loc. cit.*

On conçoit dans ces conditions que plus le kyste prendra de volume plus il aura de tendance à envahir les régions voisines, à refouler les organes qui s'y trouvent.

Des adhérences se forment avec le péritoine avec le diaphragme, avec le foie, le rein, l'intestin. Il peut même se produire comme une usure des parois de ces organes, et l'on voit le contenu du kyste envahir la plèvre, (Obs. XIII et XIV), le poumon, ou bien se déverser dans l'intestin (Obs. XVII-XVIII). Lainé, dans son observation constate un cas très intéressant, où le kyste s'était fait jour à l'extérieur et avait été pris pour un abcès. Dans d'autres cas, il n'y a pas destruction des parois, mais simple compression et des malades qui ne se connaissent pas de tumeur, viennent vous trouver croyant avoir une obstruction intestinale (Obs. I et XVI) ou une maladie d'estomac. Nous reviendrons plus loin sur ces complications des kystes hydatiques de la rate.

Pour terminer cette étude sur l'anatomie pathologique, il nous reste à dire quelques mots sur les transformations qui peuvent se produire dans les parois et le contenu du kyste.

Parfois les vésicules secondaires, contenues dans la vésicule mère, peuvent atteindre un nombre considérable, alors elles distendent et dilatent l'hydatide mère au point de lui enlever toute vitalité ; celle-ci entre alors en régression, devient adhérente au kyste conjonctif et peut passer inaperçue.

L'hydatide peut encore perdre sa vitalité, et le kyste entrer en régression, quand il s'ouvre dans un organe voisin ; une simple irritation de la paroi comme une ponc-

tion capillaire, l'irruption dans la cavité du kyste d'une certaine quantité de sang, ont suffi dans quelques cas à provoquer l'arrêt de développement de la vésicule mère.

A ce moment le liquide qui normalement ne contient que des traces d'albumine devient nettement albumineux; il est rouge au lieu d'être clair comme de l'eau de roche; il peut même se résorber partiellement.

Dans d'autres conditions, à la suite d'une infection de voisinage, ou d'une ponction faite sans les soins voulus, le liquide s'enflamme, il devient purulent, et aggrave de beaucoup la maladie.

Enfin on a signalé quelquefois la concrétion des matières solides contenues dans le kyste, qui se présentent alors sous l'aspect d'une substance de consistance mastic; plus rarement encore on a constaté une véritable pétrification des parois du kyste par infiltration de sels calcaires dans la membrane adventice.

Telles sont les principales lésions que l'on a observées dans les kystes hydatiques de la rate; elles ont leur importance au point de vue de l'opportunité du traitement à choisir.

## CHAPITRE III

### SYMPTOMES

Tant que l'hydatide dans son évolution, n'a pas atteint un certain volume, elle peut passer complètement inaperçue, ou bien provoquer seulement des troubles assez vagues. Nous en dirons quelques mots avant de parler des symptômes de la tumeur devenue appréciable.

#### *1° Début.*

C'est en général la douleur qui donne le premier signal de la maladie; mais le plus souvent elle vient tardivement, après plusieurs années; elle peut même manquer absolument ce qui explique les nombreuses observations méconnues pendant la vie, et trouvées à l'autopsie.

Elle est plutôt sourde, donnant la sensation vague de pesanteur et de tiraillement dans l'abdomen; elle n'est pas continue; de vives douleurs peuvent succéder à une période d'accalmie fort longue.

Elle n'a pas non plus de siège déterminé, on verra dans les observations que nous rapportons des malades se plaindre de névralgies intercostales, d'un simple point

de côté, d'autres ne souffrent que du ventre, d'autres encore accusent de la scapulalgie, analogue à celle que l'on rencontre dans les affections du foie.

A côté de la douleur nous signalerons aussi la perte et la diminution de l'appétit, très souvent notées dans les observations réunies par M. Cras ; de la constipation à laquelle on n'attache aucune importance ; le caractère change, les malades se sentent plus nerveux, plus irritables.

« Les choses vont ainsi pendant un an, deux ans, plus longtemps même, sans apparition de signes nettement définis. Pendant cette longue période les forces ne déclinent pas, peut-être existe-t-il quelques troubles dyspeptiques ou dyspnéïques ; mais vient un moment où le kyste par son développement refoule les organes voisins, gêne leur fonctionnement, déforme la région et suscite des symptômes nouveaux » Dieulafoy. C'est alors seulement que le malade est réellement inquiété par sa tumeur ; il s'observe mieux et voici en général les symptômes que l'on constate dans cette seconde phase de la maladie :

## *2° Période d'état. Tumeur.*

A ce moment la moitié gauche du ventre ou plutôt l'hypocondre gauche est déformé par un gonflement assez appréciable ; les fausses côtes et les cartilages costaux du même côté sont soulevés légèrement ; si le kyste s'accroît rapidement, la douleur, qui au début était qualifiée par le malade de pesanteur et de tension vague, de picotement, devient aiguë, presque constante ;

elle est plus vive, augmente au moindre effort, certaines positions deviennent impossibles : le malade de Trinkler ne pouvait se tenir dans le décubitus latéral gauche ; la marche est gênée, comme dans le cas de M. Courtin où le sujet ne pouvait marcher qu'en s'inclinant du côté gauche. Enfin au fur et à mesure que la tumeur empiète sur les régions voisines, comprime les organes, contracte avec eux des adhérences, la symptomatologie change un peu suivant que tel ou tel organe est atteint. Pour faciliter notre description nous distinguerons comme l'a fait notre grand maître en clinique, M. Dieulafoy, deux types de kystes de la rate ; les premiers ont leur poussée principale du côté du thorax, il les appelle kystes à type ascendant ; les seconds au contraire, envahissent surtout l'abdomen, ce sont les kystes à type descendant. Il n'est pas toujours aussi facile que chez les malades de M. Dieulafoy, de diagnostiquer si l'on a affaire à l'un ou à l'autre, souvent même les malades présentent des symptômes appartenant à ces deux variétés mais l'étude de chacun de ces types permet bien de se rendre compte de toutes les modalités de la maladie.

Nous allons rapporter ici le tableau clinique qu'en a fait M. Dieulafoy, nous ne saurions prétendre mieux faire.

1° *Kystes spléniques à type ascendant.* — « Dans son développement, en haut, la tumeur soulève le diaphragme et déjette en dehors les fausses côtes, le malade se plaint de douleurs thoraciques qui simulent la névralgie intercostale et la scapulalgie ; les dernières côtes déjetées forment voussure. Puis les symptômes s'accen-

tuent : la respiration est gênée, l'oppression est d'autant plus grande que le diaphragme et le poumon sont plus refoulés, et la voussure du thorax est d'autant plus accentuée que les côtes sont plus fortement déjetées. A ce moment la tumeur n'est pas seulement rétro-costale, thoracique, elle est abdominale, elle fait saillie dans le ventre, elle est indolente, à contours irréguliers, elle est peu mobilisable enclavée qu'elle est dans le thorax. Enfin, les symptômes acquièrent leur maximum d'intensité. Par sa poussée thoracique, le kyste refoule le poumon gauche jusqu'aux premiers espaces intercostaux et dévie le cœur à droite du sternum : la dyspnée est violente et entrecoupée d'accès d'oppression qui coïncident ou alternent avec des crises névralgiques.

Au premier abord, ce kyste simule un épanchement pleural, il repousse le diaphragme, refoule le poumon, dévie le cœur. A la percussion on constate une matité qui remonte suivant l'ampleur du kyste, jusqu'au 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et même 3<sup>e</sup> espace intercostal. Dans toutes les régions mates les vibrations thoraciques sont abolies. A l'auscultation on ne perçoit ni respiration normale, ni bruits anormaux, c'est le silence ; au-dessus de la région mate, en avant et en arrière, on entend des râles de congestion pulmonaire.

Par la palpation et la percussion on constate qu'il s'agit là au thorax et à l'abdomen, d'une seule et même tumeur mesurant dans sa hauteur 25, 28, 30 centimètres, la partie sous-costale de la tumeur étant plus restreinte que la partie sus-cotale ».

On voit, d'après cette description que dans ce type de développement, le kyste menace tout d'abord le dia-

phragme (Obs. XII) et l'on conçoit que des adhérences se soient formées et que l'on ait pu percevoir des frottements à ce niveau, frottements dûs à la péricapsulite exsudative qui a gagné le diaphragme ; on peut expliquer aussi par le même mécanisme la pleurite exsudative que Trinklér a constatée chez son malade pendant quelques jours ; puis si le kyste vient à s'accroître démesurément, ou à s'enflammer on ne sera pas étonné de trouver le diaphragme perforé, plèvre et poumon envahis par le contenu du kyste. (Obs. XIII, XIV, XVIII).

Tels sont les phénomènes qui se passent du côté du thorax, voyons ce qu'il arrivera quand le kyste occupera l'abdomen.

*2° Kystes spléniques à type descendant.*

« La tumeur est surtout abdominale, la poussée principale se fait au ventre : la tumeur acquiert un volume énorme ; elle remplit le flanc et le déforme, puis elle empiète sur l'épigastre, sur la région ombilicale, elle descend dans la fosse iliaque. Elle est généralement peu régulière, résistante, indolente, du moins pendant les premières phases de son développement. Elle est habituellement mobile et mobilisable, à moins qu'elle ne soit retenue par des adhérences ; à la palpation et à la percussion on constate que la tumeur remonte derrière les côtes sans toutefois refouler le diaphragme et les organes thoraciques démesurément (Dieulafoy) ». C'est dans ce type de développement que les troubles gastriques, intestinaux du début prennent une plus grande importance. Si la tumeur croît rapidement et qu'il existe des adhérences avec l'estomac, le côlon transverse, on voit survenir des

nausées, des vomissements. Il y a une véritable douleur épigastrique ; la digestion est de plus en plus lente ; la compression de l'intestin détermine une constipation continue : dans nos observations I et XVI nous relatons deux cas où les malades présentèrent des phénomènes d'obstruction intestinale. D'autres fois à la suite des adhérences, les parois du kyste et de l'intestin se perforeront et le kyste se videra dans l'intestin. (Obs. XVII, XVIII).

A côté de ces symptômes objectifs, les kystes hydatiques de la rate présentent d'autres signes qui sont très importants à constater pour le diagnostic différentiel.

Le premier est l'absence presque constante de liquide ascitique. Sur 70 cas Trinkler ne la constate que 5 fois, consécutive à une péritonite purulente, ou à l'évacuation du contenu de la poche kystique dans la cavité abdominale.

« L'absence de liquide ascitique est un symptôme important, nous dit Trinkler, qui permet de distinguer les kystes hydatiques des autres néoplasmes de la cavité abdominale ». Il faudra donc percuter avec soin pour reconnaître sa présence ou son absence.

La percussion nous fournira encore un signe très important, et sur lequel nous insisterons un peu, c'est le frémissement hydatique.

Voyant qu'il était mis de côté par presque tous les auteurs, il nous a paru intéressant de recueillir les observations où on avait eu la chance de le rencontrer et bien que l'on cite deux ou trois cas où on le trouva ailleurs que dans les tumeurs hydatiques, en particulier dans une

hydronéphrose (M. Potain (1) nous avons eu le plaisir de constater dans nos 12 premières observations qu'il avait été considéré comme pathognomonique.

Chez notre malade (obs. I.) il était si net que la présence des hydatides ne fit de doute pour personne.

Trinkler dans son observation (obs. II.) est très précis à ce sujet : « Cet indice caractéristique du kyste hydatique m'a permis, dit-il, de poser sans hésitation le diagnostic de mon sujet, et de tenter l'opération sans faire de ponction probatoire ».

Dans l'observation V on trouve une sorte de frémissement qui fit porter le diagnostic de kyste hydatique, diagnostic confirmé par l'opération.

Dans celle de Jachard (Obs. IV) le bruit des hydatides était clairement perceptible, on diagnostiqua kyste hydatique de la rate ; l'autopsie confirma la vérité du diagnostic. Dans l'observation IX, on pouvait percevoir le frémissement hydatique ; l'incision laissa écouler une grande quantité d'hydatides, etc. Donc, sans toutefois en faire un signe de première importance, puisque malheureusement, il n'est pas toujours perceptible, nous avons dit pourquoi, nous croyons, avec M. le professeur Tillaux (1), que c'est le seul symptôme pathognomonique, qui permette d'affirmer l'existence d'un kyste hydatique, à l'exclusion, dans notre sujet, des autres tumeurs liquides de la rate.

Ce diagnostic est capital, puisque nous savons qu'il ne faut pas attendre la guérison spontanée de ces kystes, mais au contraire qu'il faut opérer sans tarder trop. Il

1. Potain. Société des hôpitaux. Mars 1874.

2. Tillaux. *Trail. de clin. chirg.* II, p. 110.

faudra donc s'appliquer à en rechercher la présence. Briançon, un des premiers qui en parla, appliquait une main sur le kyste de façon à l'embrasser le plus exactement possible, en exerçant une pression légère, en même temps qu'avec l'autre main, il donnait un coup sec et rapide.

Pour M. Tillaux, il ne faut pas imprimer à l'abdomen une sorte de succussion, mais percuter avec un doigt comme pour chercher la matité. Il faut frapper un coup sec sur le doigt laissé en quelque sorte inerte à la surface de la tumeur.

Enfin existe un dernier symptôme, qui joint au précédent, suffit à diagnostiquer les kystes hydatiques, de toutes les autres tumeurs de la rate, c'est la fluctuation. Trinkler la constate 24 fois sur 51 observations ; Mosler 10 fois sur 15. C'est une recherche facile à faire, on ne manquera pas d'y songer.

Voici énumérés les principaux symptômes des kystes hydatiques de la rate, nous allons essayer de montrer quels sont les dangers qui menacent un malade atteint de cette affection.

## CHAPITRE IV

### ÉVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

Nous avons vu que le début de la maladie est très insidieux ; les malades ressentent pendant plusieurs années des symptômes indécis avant que le kyste ait pris un volume appréciable. Pendant tout ce temps l'état général reste bon, le sujet, porteur quelquefois d'une tumeur énorme, conserve toutes les apparences de la santé.

Cette évolution lente et progressive, parfois sans gêne notable pour le malade, mais le plus souvent occasionnant de vives douleurs, arrive tôt ou tard à provoquer les plus graves complications.

En premier lieu la présence des hydatides sur un point de l'organisme est une menace constante pour les organes voisins ; les observations sont nombreuses où le kyste de la rate était compliqué de kystes hydatiques développés dans d'autres régions. On en a vu à la fois à la rate, aux poumons, au petit bassin, dans le grand épiploon. Il ne faudrait pas croire que la coexistence de ces kystes soit toujours sous la dépendance d'un kyste existant dans un seul organe ; l'infection peut venir de différentes façons comme nous l'avons dit en parlant de la pathogénie, mais il ne faut pas oublier que le kyste peut se rompre, et pour certains auteurs, cet épanchement des vésicule

filles dans la cavité abdominale serait une des principales causes des kystes hydatiques multiples de l'abdomen.

Cette rupture de la poche, comme nous le verrons plus loin à propos de la ponction exploratrice, à cause de la toxicité du liquide contenu dans l'hydatide peut provoquer des symptômes très graves, pouvant aller jusqu'à la mort.

A côté de ces accidents, nous signalerons l'infection et la suppuration du kyste, très souvent notée dans les kystes hydatiques de la rate. Un traumatisme, le voisinage d'un intestin plus ou moins sain, d'un poumon atteint d'une affection microbienne, une maladie infectieuse intercurrente suffiront à produire cette suppuration. Dans ces conditions le tableau clinique change considérablement, il y a de la fièvre, des frissons, en un mot tous les accidents qu'amène un état septique, et la mort peut s'en suivre à brève échéance à moins d'une prompt intervention.

Le tableau clinique change également, comme nous l'avons déjà laissé entrevoir, quand le kyste à prédominance thoracique poursuit sa marche, c'est alors que nous voyons le diaphragme perforé et la plèvre envahie par le liquide hydatique, simulant, à s'y méprendre, un grand épanchement pleural. D'autrefois et c'est une des terminaisons heureuses, le kyste se vide dans le poumon et les vésicules filles sont rejetées par vomique ; mais si le kyste est infecté, le poumon sera atteint et l'on assistera à une broncho-pneumonie infectieuse.

De son côté le kyste à type descendant menace surtout l'intestin. Tout d'abord il arrive par son volume à comprimer et à obstruer le colon ; notre malade est venu consulter

pour des accidents de ce genre; celui de Sokoloff (obs. XVI) présentait un étranglement au niveau de la flexure gauche du côlon transverse, péritonite adhésive. Le kyste était purulent, il s'était rompu et avait déterminé une péritonite septique.

Le second accident à redouter est la perforation de l'intestin; le malade rend du liquide et des vésicules avec ses selles, son intestin est infecté, il a de la diarrhée continue, il se cachectise. Nous citons une observation recueillie en Russie (obs. XVIII) où le kyste s'ouvrit successivement une issue dans les poumons, puis une seconde dans l'intestin, ce qui occasionna une diarrhée purulente qui dura jusqu'à la mort du malade.

D'après ces quelques lignes il semblerait que le pronostic de cette maladie soit très sombre; heureusement il n'en est plus rien. Actuellement on ne constatera que rarement ces fâcheuses terminaisons, et chez des malades qui ne s'observent pas, qui négligent de se consulter ou qui sont effrayés par l'idée d'une opération. Depuis quelque temps on a traité beaucoup de kystes hydatiques de la rate, suivant divers procédés; presque tous les malades guérissent; il n'est plus guère qu'un cas où le traitement soit inefficace, c'est la multiplicité des kystes dans tous les points de l'organisme.

La malade de M. Reboul (obs. XIV) était presque guérie de son kyste compliqué de perforation du diaphragme, et envahissement pleural quand elle mourut subitement de kyste hydatique du cerveau.

Il faut donc opérer, et opérer le plus tôt possible pour préserver les malades de la généralisation de la

maladie, et de toutes les complications qui viennent encore compromettre leur existence. Pour cela il importe de savoir de bonne heure reconnaître cette affection. Nous allons, dans le chapitre du diagnostic, montrer ses principaux caractères différentiels.

## CHAPITRE V

### DIAGNOSTIC

Le kyste, avons-nous dit, arrive toujours à envahir soit le thorax soit l'abdomen, et provoque alors des troubles dyspnéiques et dyspeptiques, qui font errer le diagnostic ; et si l'on n'examine pas méthodiquement son malade, très souvent on le soigne pour une maladie d'estomac par exemple, sans avoir eu la pensée d'une affection de la rate. Il est donc de première importance de déterminer le siège exact de la tumeur et son point de départ. Cela étant fait, il reste à savoir si l'on a affaire à un kyste, et s'il est possible, à reconnaître la nature parasitaire du kyste.

#### *1° La rate est-elle l'organe malade?*

De nombreuses erreurs ont été faites avant l'opération, sur le siège exact de la tumeur. En premier lieu nous signalerons la méprise qui consista à croire à un épanchement pleural (obs. XII-XIII-XIV). Chez le premier malade de M. Dieulafoy, la matité était absolue jusqu'au 3<sup>e</sup> espace intercostal, l'espace de Traube était mat, les vibrations thoraciques abolies, à l'auscultation le silence était complet ; on sentait battre le cœur à droite du sternum. On avait absolument tous les signes d'un grand épanchement.

Quels sont donc les symptômes qui permettront de les distinguer. « Au cas d'épanchement pleural, dit M. Dieulafoy, le thorax subit une ampliation générale perceptible à la vue et à la mensuration, mais pour rejeter les dernières côtes, pour former une voussure saillante et limitée au thorax inférieur, il faut autre chose qu'un épanchement pleural, il faut une tumeur de l'hypocondre. L'égophonie, la pectoriloquie aphone, le souffle, signes habituels de l'épanchement pleural manquent ou sont exceptionnels quand les organes thoraciques sont refoulés par un kyste splénique.

Dans les deux cas, le cœur peut être dévié à droite du sternum, mais avec l'épanchement pleural, les deux mamelons restent sensiblement sur le même niveau ».

Chez le malade, sujet de la leçon, le mamelon gauche était de 3 centimètres plus élevé que le mamelon droit.

On a pris les kystes de la rate pour des kystes du foie (Obs. XVII) et réciproquement (Obs. XV), pour des kystes du rein gauche, du péritoine, de l'épiploon, du mésentère, même de l'utérus.

Le diagnostic avec les tumeurs du foie est souvent très difficile, surtout lorsque c'est le lobe gauche qui est atteint. Dans notre observation XV la tumeur dépassait à peine la ligne médiane, le foie avait une matité normale, et l'on croyait à un kyste de la rate : quand l'opération vint montrer que c'était un kyste du lobe gauche du foie. La même méprise fut commise dans l'observation XVII, mais en sens contraire. Seul le développement de la tumeur de gauche à droite pourrait venir en aide, mais souvent il fait défaut. La présence de l'ascite, fréquente dans les

affections du foie, sera aussi un élément de diagnostic.

La difficulté est encore plus grande quand il s'agit de kyste du rein gauche; les deux organes sont voisins et peuvent donner lieu aux mêmes symptômes. M. Potain prit une fois une hydronéphrose pour un kyste hydatique de la rate. Il ne faudra pas oublier de faire l'analyse des urines, et l'absence des troubles urinaires, des hématuries, des débâcles urinaires, sera en faveur des kystes hydatiques de la rate.

Les kystes de l'épiploon et du mésentère ont des caractères spéciaux qui permettent souvent de les reconnaître, mais si l'on est en présence d'un kyste pédiculé, très mobile, descendant très bas dans l'abdomen, le diagnostic, devient presque impossible.

Pour M. Trinkler, la caractéristique des tumeurs kystoïdes de l'épiploon c'est leur extrême mobilité, permettant de les soulever en les prenant par le bas, et la facilité avec laquelle elles changent de côté suivant que le malade se met dans le décubitus latéral, droit ou gauche.

Quant aux kystes du mésentère, voici leurs caractères principaux donnés par M. le professeur agrégé Braquehay : « Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur abdominale, primitivement latérale, devenue rapidement médiane, pointant vers l'ombilic, surtout si cette tumeur est accompagnée des trois signes de Tillaux (grande mobilité en tout sens, zone sonore entre les parois et la tumeur, autre zone au-dessus du pubis), il y a de grandes chances pour que la tumeur soit mésentérique ».

Comme nous le disions, quand le kyste est pédiculé, libre d'adhérences, plus rien ne permettra d'affirmer le diagnostic ; c'est encore cette grande mobilité qui a pu faire croire à des tumeurs de l'utérus ou des annexes. Dans l'observation de M. Péan, et celle de M. Cras, la tumeur descendait jusque dans le petit bassin ; au toucher on la trouvait, l'utérus paraissait englobé dans sa masse, et dans le premier cas on faisait le diagnostic, de kyste de l'ovaire gauche, dans le second, de kyste du ligament large. Pour se guider, il faudra encore tenir grand compte du développement de la tumeur et de la marche qu'elle a suivie. La lenteur de l'affection fera éliminer les affections kystoïdes de l'ovaire, à évolution plus rapide. La marche de haut en bas, fera plutôt penser à un kyste de la rate

On a donc déjà fait un grand pas quand on a reconnu que la rate était malade ; mais là ne s'arrête pas la difficulté ; fréquemment la fluctuation manque pour permettre de faire le diagnostic de tumeur kystique, il faut éliminer toutes les mégalosplénies.

## *2° La tumeur de la rate est-elle de nature kystique ?*

D'une façon générale, les grosses rates, palustre, leucémique, tuberculeuse, hypermégalie primitive, ont une tendance naturelle due à leur poids et à leur développement, à émigrer de l'hypocondre, leur lieu de naissance, vers la cavité abdominale. Elles forment surtout une tumeur dans le ventre, tumeur qui prend un aspect différent suivant l'affection.

Dans les affections malariennes, la rate bien qu'en

augmentant trois ou quatre fois de volume, et en changeant un peu de position, conserve sa configuration régulière. Elle n'est point bosselée contrairement au kyste splénique. Il est rare qu'elle s'abaisse au dessous de son niveau normal ; par suite d'un mouvement rotatif, sa plus grande longueur prend la position verticale, elle occupe l'hypocondre gauche et un peu la région iliaque gauche et ne dépasse presque jamais la ligne médiane.

De plus, tandis que le kyste de la rate évolue lentement sans fièvre, sans altérer la santé, la rate palustre est précédée d'accès de fièvre, elle s'accroît avec les attaques fébriles, et bientôt arrive l'état cachectique du paludisme.

Le kyste de la rate ne provoque pas non plus de modifications du côté du sang, contrairement à la rate leucocythémique qui est toujours accompagnée d'un excès considérable de globules blancs dans le sang avec prédominance des petits leucocytes mononucléés et des leucocytes à grains eosinophiles.

On en trouve jusqu'à 1 pour 40 au lieu de 1 pour 300. D'après les diaphragmes de Habersohn, sur les différentes formes de tumeurs spléniques, reproduits dans le travail de Trinkler, on voit que la rate leucémique s'abaisse beaucoup, dépasse la ligne médiane au devant de l'ombilic, et occupe tout l'orifice du grand bassin par sa face inférieure ; sa longueur maxima se trouve disposée obliquement ou horizontalement.

La rate tuberculeuse n'est pas hypertrophiée au même degré, mais elle est beaucoup plus bosselée que la rate kystique ; elle altère vite la santé, elle est accompagnée d'une hypertrophie du foie, et enfin, chose inattendue, dit

M. Dieulafoy, elle suscite une hyperglobulie très grande. On a trouvé jusqu'à 8.000.000 de globules rouges.

Enfin il faut penser aussi à la splénomégalie primitive, décrite par M. Debove, consistant dans une hypertrophie de la rate, suivie bientôt d'hypertrophie du foie, avec diminution progressive des globules rouges. Bientôt le malade est amaigri, émacié, sa santé est très rapidement compromise. A ce moment la rate pèse deux ou trois kilogrammes, mais sans être déformée comme dans les kystes spléniques. Le malade meurt cachectique. Cette affection, sous un autre nom, est la même que l'épithélioma primitif de la rate, décrit par M. Gaucher en 1882.

Nous voici maintenant en présence d'une tumeur à évolution lente, compatible avec les apparences de la santé, sans accidents fébriles, à surface irrégulière, légèrement bosselée, nous avons fait le diagnostic de rate kystique, par quel signe allons-nous pouvoir affirmer la présence de l'échinocoque.

### 3° *Est-ce un kyste hydatique?*

Nous avons dit que seul, le frémissement hydatique était pathognomonique des hydatides; et chaque fois qu'il sera absent, on ne pourra se baser que sur des considérations très vagues; fréquence, traumatisme, pour éliminer les kystes séreux simples, ou séro-sanguins.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance qu'il y a, à le rechercher, puisque sur lui seul est basé le diagnostic.

Actuellement en effet, il est admis par presque tous

les auteurs, que la ponction exploratrice est non seulement inutile, la lumière de l'aiguille pouvant être obscurcie par une membrane hydatique, mais souvent très dangereuse. On se rappelle l'observation encore récente de Chauffard où une ponction avec l'aiguille de Pravaz amena la mort en vingt-cinq minutes. « En fait de kystes hydatiques, dit M. Dieulafoy, les ponctions dites exploratrices (extraction de quelques grammes de liquide), doivent être bannies ». Le liquide hydatique toxique, sous pression, peut passer dans le péritoine à travers le pertuis laissé par l'aiguille, et déterminer des accidents mortels.

Il ne faut donc plus compter sur ce moyen de diagnostic, et en l'absence du frémissement hydatique, décider une intervention rapide pour prévenir les complications sérieuses qui menaceraient le malade, si l'on restait inactif. Quelles sont donc aujourd'hui les méthodes de traitement les plus en honneur.

## CHAPITRE VI

### TRAITEMENT

Dans ce chapitre nous ne retiendrons que les principaux procédés chirurgicaux actuellement en faveur, l'historique des phases par lesquelles est passé le traitement de ces kystes ayant été fait dans d'autres travaux (Trinkler, Casanova et Poulet etc.)

Les chirurgiens de notre époque, favorisés par les grands progrès de l'antisepsie dans les opérations abdominales, n'hésitent plus à faire de suite la laparotomie, pour aller droit au mal, confirmer leur diagnostic, et alors discuter l'opportunité d'une intervention suivant les particularités de la lésion.

Quand on intervient pour un kyste hydatique de la rate, deux méthodes s'offrent à l'opérateur.

La première consiste à faire presque toujours la splénectomie.

Dans la seconde on veut conserver l'organe ; et pour cela on peut suivre différents procédés :

1° Faire la marsupialisation de la poche kystique, suivant les procédés Lindemann-Landau-Sänger.

2° Faire le capitonnage de la poche fibreuse suivant le procédé de M. Delbet.

3° Faire l'extirpation du kyste.

Nous ne décrivons pas le manuel opératoire de ces différents procédés, nous voudrions seulement dire ce que nous en pensons et dans quels cas ils trouveront leur indication.

La première question à résoudre est celle de savoir, si l'on peut considérer la splénectomie comme une opération absolument inoffensive pour l'organisme, et alors, à part quelques rares exceptions, faire toujours l'ablation de la rate ; ou bien s'il faut regarder la rate comme un organe, sinon indispensable, tout au moins très utile, et dans ces conditions, la préserver le plus souvent que l'on pourra.

Pour résoudre cette question, il est nécessaire de demander à l'expérimentation ce qu'elle pense du rôle de la rate.

Laudenback (1) prosecteur de physiologie à l'Université de Kiew, nous donne de très intéressants documents à ce sujet, dans son compte-rendu, des recherches expérimentales qu'il fit sur la fonction hémopoïétique de la rate. Dans un premier groupe d'expériences, dans lesquelles la rate était extirpée sans qu'il fût fait de saignées, il remarque que dans tous les cas, il y a des altérations plus ou moins fortes dans la composition du sang. Elles consistent dans la diminution de l'hémoglobine, des parties solides et des globules rouges. Dans sa seconde expérience cette diminution progressive se termina par la mort de l'animal, au milieu de crises d'asthme violent, avec tous les symptô-

1. *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1896, p. 693, 1897, p. 200, 385 et 398.

mes d'asphyxie, ce qui prouvait, dit-il, qu'il mourrait par manque d'hémoglobine dans le sang (« on peut expliquer l'asthme par l'irritation du centre respiratoire par un sang trop pauvre en oxygène, l'hémoglobine ayant diminué trop fortement »).

Ces expériences l'amènent à cette conclusion : « quand la rate est extirpée, l'organisme est privé d'un organe aidant à la formation de l'hémoglobine et à la maturation des globules rouges, et l'activité compensatrice de la moelle osseuse qui prend une part non douteuse à la formation des globules rouges, n'est pas du tout suffisante à remplacer la fonction éliminée de l'organe ».

Dans une seconde série d'expériences, il examine le temps nécessaire à la régénération du sang, chez les animaux privés de la rate, après des saignées plus ou moins considérables; et il arrive aux résultats suivants: chez les animaux où la saignée est faite aussitôt après l'extirpation de la rate, la régénération se fait aussitôt que chez les animaux normaux; à ce moment l'activité compensatrice des appareils hémopoïétiques suffit; mais si les saignées sont répétées après régénération du sang, celle-ci se fait beaucoup plus lentement, peut même n'être pas suffisante. L'hémoglobine demande un temps toujours plus long pour sa régénération que les globules rouges.

Si nous rapprochons ces résultats expérimentaux, des perturbations que l'on a observées chez l'homme, dans la composition du sang, après splénectomie, nous sommes frappés de voir combien grande est l'analogie avec le pre-

mier groupe d'expériences. Dans l'observation de M. Hartmann, voici l'examen du sang fait par M. Vaguez :

|                                  | G. R.     | Hémoglobine | Leucocytes |
|----------------------------------|-----------|-------------|------------|
| 24 février veille de l'opération | 3.400.000 | 600         | 4250       |
| 5 mars 4 jours après —           | 3.800.000 | 85          | 7000       |
| Fin mars —                       | 3.250.000 | 80          | 5400       |
| 17 avril —                       | 3.726.000 | 84          | 5000       |
| 3 juin —                         | 3.480.000 | 100         | 7200       |

Dans celle de M. Dieulafoy, on constate que le nombre des globules rouges a baissé considérablement, que le nombre des globules blancs a doublé après la splénectomie.

Jusqu'au vingtième jour les globules rouges ont diminué, puis ont progressivement augmenté jusqu'au 86<sup>e</sup> jour et ont repris leur taux normal.

Dans ces deux observations, comme dans la plupart des expériences de Landenbach, la régénération du sang s'est faite assez rapidement et nous comprenons que plusieurs auteurs Hahn et Vanverts, en particulier considérant ces troubles comme inconstants et de courte durée, n'aient pas vu là une contre-indication à la splénectomie.

Mais si nous envisageons la rate à un autre point de vue, nous allons constater que d'autres expériences conduisant presque aux mêmes résultats que celles de Landenbach, prouvent qu'il serait téméraire de juger ainsi.

La rate est la plus importante des glandes vasculaires sanguines et par son volume et par les nombreux principes qu'elle renferme : pigments sanguins, granulations ferrugineuses et phosphatiques, leucocytes, hématies et

corpuscules ovoïdes de Malpighi. Depuis 1896, elle a surtout été étudiée au point de vue de sa teneur en fer. Les variations de cet élément, divergences qui existent aussi chez les animaux, sont très grandes chez l'homme, d'après les recherches de Guillemonat (1). Une augmentation considérable doit être attribuée à la rubigine, hydrate ferrique  $2 (Fe^2O^3)3H^2O$ , découvert dans la rate par Auscher et Lopicque (2).

Ce dernier auteur a montré que lorsque du sang en nature est injecté aseptiquement dans une cavité séreuse ou dans le tissu cellulaire, on en retrouve le fer, après un certain délai, sous forme d'hydrate ferrique dans les ganglions lymphatiques et surtout dans la rate. Il semblerait *a priori*, que le fer à cet état particulier qui le rend presque insoluble, doive rester comme un déchet immuable, une de ces formes d'élimination à l'intérieur par enkystement, qui ne sont pas rares en biologie.

Mais les expériences suivantes, prouvent que la rubigine a été réellement résorbée. « Il interviendrait avec la cellule des conditions complexes, sans doute d'ordre physico-chimiques, mais bien différentes de celles du tube à essai, peut être des modes de transformation de l'énergie encore inconnues en physique, »

Dans ces expériences des injections de sang à des chiens avaient produit les effets habituels, au moins dans la rate, c'est-à-dire dépôt de rubigine et accroissement de la teneur en fer. Des saignées auxquelles furent soumis les sujets ont fait disparaître ces effets. Il n'y a pas

1. Thèse Paris, 1896.

2. Lopicque. Thèse de Doctorat ès-sciences, Paris, 1897.

de doute que les phénomènes de résorption aient porté sur la rubigine, la première saignée ayant été faite trois mois après l'injection ; il semble donc démontré que les besoins de fer que créent les réparations sanguines, trouvent un apport dans la rubigine de la rate.

Que cette rubigine se forme dans la rate même, par un mécanisme hématolytique quelconque, peu importe, ce qu'il y a de sûr c'est qu'elle constitue une réserve utile dont on ne pourrait impunément priver l'organisme.

Nous ne sommes plus surpris, en effet, de constater avec Laudenbach que l'hémoglobine demande toujours un temps fort long pour sa régénération, que dans un cas il il y eut mort par anémie. Et nous nous demandons ce qu'il adviendrait chez ces malades splénectomisés, considérés comme guéris après l'opération, s'ils venaient à avoir des hémorrhagies graves, équivalentes en somme aux saignées subies par les animaux. Trouveraient-ils d'une façon suffisante dans d'autres organes, le fer nécessaire à leur entretien, pour éviter une anémie mortelle ? Que faudra-t-il penser de l'avenir de malades ou tuberculeux, ou albuminuriques, ou cachectisés par des toxines microbiennes, états pathologiques prédisposant au plus haut point aux ruptures vasculaires !

Le fer qui fait jouer ainsi à la rate un rôle d'entretien, semble encore lui donner une autre importance. Dans ces derniers temps on a montré que les glandes qui contiennent le plus de fer, la rate d'abord, le foie ensuite, contiennent aussi le plus de ces agents qui jouent le rôle d'oxydants à la condition de leur adjoindre l'eau oxygénée ( $H^2O^2$ ), ferments nommés anaéroxydases par

M. Bourquelot (1). Le phosphore qui entre dans leurs molécules les rapproche des nucléo-albuminoïdes ; le fer, de l'hémoglobine, oxydant énergique en présence de  $H^2 O^2$ . Spitzer (2) a prouvé que la décomposition de l'eau oxygénée pouvait être attribuée à des corps nucléo-protéiques ferrugineux que l'on trouve dans les tissus, on pourrait donc attribuer ici au fer, le rôle que M. Bertrand fait jouer au manganèse pour les oxydases vraies. Ces anaeroxydases produiraient-elles des oxydations dans l'organisme, ou concourraient-elles seulement à un rôle de défense, comme l'a établi M. Portier (3) pour les oxydases vraies ? De telles réactions ne seraient pas impossibles si l'organisme contient de l'eau oxygénée, ainsi que le prétend Schönbein (4), elles seraient même certaines, si l'on arrivait à démontrer la présence de cet élément. Dans de telles conditions, la rate pourrait encore être considérée comme un organe de défense.

Enfin il est une dernière idée émise la première fois par Schiff, en 1862, reprise par Herzen en 1895 qui vient d'être l'objet de nouvelles expériences de MM. Gachet et Pachon (5) de Bordeaux.

Ces auteurs considèrent la rate comme un organe à sécrétion interne, à fonction pancréatogène. « La substance plénique, concluent MM. Gachet et Pachon, injectée dans les vaisseaux d'un animal dératé va influencer d'une

1. *Journ. de Pharm. et de Chir.*, t. VIII, p. 465, 1897.

2. *Pflüger's Archiv. et Maly's Jaresb.*, p. 534, 1898.

3. Th. Paris, 1898.

4. *Journ. de Pharm. et de Chir.*, XLVI, 313.

5. *Archives de Physiolog. normale et patholog.*, 1898, p. 363.

manière élective, à travers l'organisme, un organe déterminé, le pancréas, dont elle transforme la protrypsine en trypsin ferment actif. » Pour eux ce serait un organe indispensable à la digestion, puisqu'ils considèrent la protrypsine comme inactive.

Mais cette question des ferments et des proferments est encore trop obscure ; leur existence admise par les uns, rejetée par les autres, ne permet pas de conclure définitivement.

Quoi qu'il en soit, nous basant sur les résultats de Laudenbach et les constatations de Lopicque, nous nous croyons en droit de considérer la rate comme un organe d'une très grande utilité et nous concluons comme M. Chaintre (1) dans un article de la *Revue de chirurgie* de 1890. « Un kyste hydatique de la rate n'est pas un néoplasme attaquant la constitution intime de l'organe, le tissu splénique peut être refoulé, comprimé mais être néanmoins sain, et bien que les fonctions de la rate paraissent assez obscures, est-on en droit d'enlever un organe que l'incision conserve, tout en assurant une aussi complète guérison. »

Nous rejetons donc la splénectomie comme opération idéale dans le traitement des kystes hydatiques de la rate, bien qu'on lui attribue de nombreux succès, comme on le verra dans nos quatorze dernières observations.

Nous la considérons cependant comme très avantageuse chaque fois qu'on se trouve en présence d'un kyste multiloculaire pénétrant, détruisant le tissu splénique

1. *Kist. hydat. de la rate. Rev. de chirurg.* 1890 n° 40 841.

presque en totalité, présentant de nombreuses poches indépendantes, car dans ce cas on n'est jamais sûr de pouvoir enlever toutes les vésicules par les autres méthodes. M. Adelman (1) indique une autre circonstance qui plaide en faveur de l'extirpation de la rate dans les kystes hydatiques; c'est l'effusion de sang qui accompagne ordinairement chaque tentative d'énucléation de la poche seule. Nous ne croyons pas que ce soit une réelle indication, car le chirurgien arrive presque toujours à se rendre maître de l'hémorrhagie.

Il nous reste donc à choisir entre la marsupialisation, le capitonnage, ou l'énucléation du kyste.

La marsupialisation fut un grand progrès sur les méthodes anciennes, mais elle laisse les malades avec des fistules interminables (obs. XIX) qui les exposent et à l'infection après leur sortie de l'hôpital, et aux éventrations. Baraduc rapporte l'observation d'un malade qui eut une éventration énorme (obs. XX).

Ondoit évidemment lui préférer le procédé de M. Delbet qui a donné de si beaux résultats dans le traitement des kystes hydatiques du foie, et deux guérisons (obs. XXI-XXII) pour kystes hydatiques de la rate. Il joint à la promptitude de la guérison, la conservation de l'organe. Mais s'il constitue une méthode de choix pour le traitement des premiers, sera-t-il toujours facilement applicable quand il faudra atteindre un kyste de la rate. La partie inférieure thoracique gauche forme comme un rem-

1. *Die Wandlungen der splénectomie, seit dreizig Jahren*  
*Arch. f. Klin. Chirurg.* Bd XXXVI, Heft, p. 486.

part, derrière lequel il sera souvent impossible d'aller faire le capitonnage de la paroi fibreuse, chaque fois par exemple que l'on aura affaire à un kyste ascendant, ayant sa poussée principale du côté du diaphragme. Pour cette seule raison ce n'est qu'exceptionnellement qu'il trouverait son indication, nous devons y ajouter encore les contre-indications formelles que M. Delbet lui reconnaissait dans une séance récente de la Société de chirurgie (1) : d'abord la purulence du kyste, puis la calcification des parois.

Le seul traitement idéal, l'opération de choix qui sera presque toujours applicable si l'on n'intervient pas trop tard, consiste soit dans l'extirpation du kyste juxta-splénique ou pédiculisé, soit dans l'énucléation de la paroi kystique au milieu du parenchyme splénique.

Les malades guérissent très vite comme dans le procédé de M. Delbet, sans être menacés par les inconvénients multiples qui résultent de la marsupialisation ; si l'on opère de bonne heure le procédé sera très facile à mettre en pratique, puisque les adhérences ne seront pas encore assez fortes pour le rendre dangereux ; il conserve aussi l'organe, tout en étant radical ; c'est pourquoi nous lui donnons nos préférences.

Le jour où les adhérences avec les organes voisins viendront mettre un obstacle à son application, il faudra suivant les cas, avoir recours d'abord à l'incision avec sutures sans drainage, après capitonnage de la paroi, et en dernière ressource à la marsupialisation.

1. *Presse médicale*, n° 24, 1900, S. 111. *Soc. Chirurg.* 14 mars 1900.

En résumé, sans exclure la splénectomie, nous dirons qu'elle n'est indiquée que très exceptionnellement, qu'elle priverait l'organisme d'un organe de défense et d'entretien, et qu'il faut toujours lui préférer l'extirpation ou l'énucléation du kyste, réservant au procédé de M. Delbet et à la marsupialisation, les cas où les adhérences le rendront impossible.

#### OBSERVATION I (personnelle).

**Due à l'amabilité de M. Berthier interne des hôpitaux.**  
**Kyste hydatique multiloculaire de la rate. Marsupialisation.**

Le 9 mai 1899. — Un jeune homme de 21 ans, P..., entre à l'hôpital Saint-Antoine, pour des phénomènes d'obstruction intestinale, et parce qu'en même temps il s'est aperçu qu'il avait une tumeur dans le flanc gauche.

Il est couché au n° 38 de la salle Velpeau.

L'interrogatoire ne nous révèle rien de particulier sur ses antécédents héréditaires. Son père est mort d'une congestion cérébrale ; la mort de sa mère a été accompagnée de symptômes bizarres ; elle avait, dit le malade, une inflammation d'intestin, avec des phénomènes d'obstruction, et une tumeur du ventre.

Quant à lui, il a toujours été bien portant, son état général est bon quoiqu'il ait un peu l'aspect chétif, malingre. Il y a un an, il a éprouvé de la névralgie intercostale à gauche, qui a rapidement disparu.

*Début de la maladie.* — Il ne s'était jamais aperçu de rien, quand il y a 10 jours, en pleine santé, il a été pris de nausées, de vomissements avec constipation opiniâtre ; et

subitement il a remarqué que son thorax et son abdomen se dilataient, qu'il avait une tumeur légèrement douloureuse dans le flanc gauche. Depuis ce jour, il n'a presque plus d'appétit.

Enfin quatre jours avant son entrée la constipation est absolue, et de temps en temps, il vomit.

A l'examen du malade on constate qu'il est très amaigri, et il présente une légère teinte subictérique et terreuse des téguments, plus marquée aux conjonctives.

La base de son thorax est fortement élargie avec une obliquité très accentuée en dehors. Des photographies du malade, prises de face et de profil rendent bien compte de l'aspect extérieur de la tumeur.

A gauche la voussure est sensible à la vue au-dessous des fausses côtes.

Par la palpation et la percussion on détermine l'existence d'une tumeur arrondie, bilobée, commençant à un travers de doigt sous les fausses-côtes gauches, et descendant en bas jusqu'au niveau de l'ombilic, mais restant toujours à gauche et éloignée de la ligne médiane, d'environ deux travers de doigt.

Cette tumeur semble dépendre de la rate que l'on trouve très volumineuse ; à la partie inférieure, qui fait saillie en avant, la percussion donne *la sensation du frémissement hydatique, d'une façon très nette.*

A droite, la voussure est peut-être encore plus accentuée ; le foie est très gros, en avant il remonte dans le cinquième espace intercostal, et descend à trois travers de doigts au-dessous des côtes ; mais la tumeur paraît être complètement indépendante de cet organe.

Le cœur et les poumons sont sains.

On diagnostique kyste hydatique de la rate.

Le lendemain de son entrée, il fait une poussée d'ictère les urines sont rares, très chargées de pigment biliaire.

Une purgation détermine des selles abondantes, et au bout de deux à trois jours, l'ictère régresse rapidement, les urines deviennent plus abondantes et moins colorées ; les selles se régularisent et l'appétit renaît.

Les jours suivants (du 14 au 23 mai) l'état général est très bon ; l'ictère a disparu entièrement ; l'appétit est excellent, le malade se promène toute la journée ; il a cependant encore un peu de constipation.

Le foie a beaucoup diminué de volume, il déborde à peine les fausses côtes ; la tumeur de la rate n'a pas changé d'aspect, le frémissement hydatique se sent toujours très bien quoique variant d'intensité par moment.

Sûr d'être en présence d'un kyste hydatique, M. Blum décide l'opération.

Le 23 mai. — Le malade est endormi au chloroforme ; il fait une grande incision verticale, de 15 cent. environ, passant sur le centre de la tumeur, et partant des fausses côtes à 10 ou 12 cent. de la ligne médiane.

Incision, couche par couche, hémostase, ouverture large du péritoine. Il tombe sur la partie saillante de la tumeur, masqué un peu par l'épiploon, retenu par quelques adhérences assez lâches.

Il les déchire à l'aide de la sonde cannelée.

Il arrive alors sur une tumeur volumineuse présentant en avant deux saillies arrondies. En l'explorant, il constate qu'elle fait corps avec la rate et constitue une masse énorme.

Elle refoule l'estomac en haut. Elle est indépendante du foie qui apparaît à la partie supérieure de l'incision.

Des éponges protectrices, montées, sont placées dans l'abdomen, et on ponctionne la première saillie avec le gros trocart de Potain. Cette ponction donne issue à environ 250 gr. de liquide eau de roche. La poche étant ainsi vidée, on l'incise, et à ce moment il sort encore du liquide et des vésicules hydatiques. Dans son intérieur, on constate la présence de 5 ou 6 autres poches de divers volumes. On les incise, et on les vide de leur liquide et de leurs vésicules ; après quoi, on sectionne leurs parois soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère, de façon à obtenir une seule cavité.

Les débris sont enlevés avec la curette et les pinces à faux germes.

Reste la saillie inférieure, celle qui donnait avant l'opération, le frémissement hydatique ; elle est ouverte à son tour, et il en sort du liquide et une masse de vésicules, mères et filles, beaucoup plus nombreuses qu'ailleurs. A ce moment une petite hémorrhagie se produit dans la cloison qui sépare les deux poches. On avait sectionné une mince lame de tissu splénique ; on plaça une pince à demeure ; et on arrête l'incision de crainte d'une hémorrhagie plus abondante.

Toutes les poches ayant été vidées, (il était sorti près de 3 à 400 vésicules) on fait un lavage au sublimé ; puis on place une mèche de gaz et un gros drain dans la petite poche inférieure, et un Mickulicz dans la vaste poche supérieure.

Toilette du péritoine avoisinant et marsupialisation par sutures nombreuses à la soie.

25 mai. — L'état général est bon, le malade ne vomit pas.

Un liquide séro-sanguinolent assez abondant souille le pansement. On change ce dernier, sans toucher aux mèches de gaz ni au drain ; mais on enlève la pince.

26 mai. — Nouveau pansement. On sort les mèches de gaz et le drain de la poche inférieure, et on les remplace par deux petits drains accouplés.

Dans la poche supérieure on place un gros drain.

Puis on enlève les fils qui fixent la poche à la peau.

Les jours suivants, lavage journalier à l'eau phéniquée faible ; il s'écoule encore quelques membranes et des hydatides ; puis il se fait un léger suintement purulent.

A la sortie, le 20 juin, le malade présente seulement une fistule à la partie inférieure de l'incision, conduisant dans une cavité assez vaste qui va se combler peu à peu. Léger suintement séreux.

Le malade est revu un mois après, la fistule persiste, mais l'écoulement est insignifiant.

Revu en août, il est en parfait état, à peine une petite fistulette.

P. S. — Nous avons tenu à savoir ce qu'était devenu ce malade ; nous nous sommes rendus à l'adresse laissée à l'hôpital, mais il n'y était plus ; cependant nous avons recueilli un renseignement intéressant au point de vue de l'étiologie de sa maladie.

Il vivait jour et nuit en contact de chiens et de chats qui partageaient sa nourriture, et même son lit, nous a dit un de ses amis. Cette promiscuité continuelle avec le chien, l'hôte habituel de l'échinocoque, nous semble suffisante pour expliquer la présence d'un kyste hydatique dont la cause étiologique en ce cas particulier avait échappé.

## OBSERVATION II (résumée).

Trinkler. (Revue de chirurgie, 1894, p. 109).

Mme A. P..., 46 ans, souffrante depuis deux ans et trois mois, se plaint d'un ébranlement général du système nerveux, ressent une grande faiblesse, manque d'appétit et de sommeil. Elle ne dort pas plus d'une demi-heure par jour.

Elle a des accès d'angoisse cardiaque, de désespoir, de terreur, surtout la nuit. Elle paraît très épuisée.

A l'examen on constate une tumeur en contact avec la rate, tumeur dont la configuration devient encore plus visible, si la malade est debout. Les contours se dessinent nettement, elle est convexe ou plutôt ovale, immédiatement au dessous des côtes gauches, entre l'ombilic et la rate, où se trouve sa plus grande longueur.

Le plus léger attouchement de cette tumeur provoque un *bruit d'hydatides suffisamment caractéristique* pour servir seul de preuve de la présence d'un kyste hydatique.

Comme l'inspection des autres organes ne fit découvrir rien d'anormal, comme les limites du foie étaient habituelles, il ne fut pas difficile de compléter le diagnostic en disant : kyste hydatique solitaire de la rate.

Opération d'après le procédé de Volkmann, en deux temps. On constata que le kyste était biloculaire. Ponction de la première poche, d'où il sort environ 2 litres de liquide transparent, jaune paille, qui contenait un grand nombre de scolies d'échinocoques. Quinze jours après, pendant un pansement, la cavité du kyste vomit plusieurs centaines de cysticerques.

La sécrétion du kyste devient purulente : la malade a des nausées, des douleurs dans l'épigastre, mais chaque fois que l'on évacue le contenu putride du kyste, l'état s'améliore.

### OBSERVATION III.

(Sevestre, 1883. Union médic. n° 70). In Trinkler, p. 154.

Homme âgé de 32 ans, ancien soldat d'Afrique, ayant eu la fièvre malarienne ; il est porteur d'une grosse tumeur splénique qui donne une fluctuation très perceptible. Les mouvements respiratoires y font entendre *le froissement des hydatides*. Une ponction probatoire donne 2700 grammes de liquide transparent contenant des membranes de vésicules hydatides et des crochets.

### OBSERVATION IV

Jachard 1889 (Rev. de chir. 1889. p. 423 et 782), in Trinkler, p. 161.

Le malade, un espagnol, souffrait depuis quatre ans d'une tumeur située à l'hypocondre gauche. Il avait l'air maladif et épuisé. La tumeur était mobile, elle suivait les mouvements du diaphragme. On y remarquait de la fluctuation. *Le bruit des hydatides était clairement perceptible*. On diagnostiqua un kyste hydatique de la rate. Le malade mourut avant l'opération, de pneumonie. L'autopsie confirma la vérité du diagnostic.

## OBSERVATION V

(In thèse Magdelain, 1868, p. 40).

La nommée Berthe Ch..., âgée de 21 ans, frangeuse est entrée le 6 septembre 1860 à l'hôpital de la Pitié. Elle est accouchée il y a deux ans et demi, et depuis cette époque elle a éprouvé des douleurs vagues dans le côté, et elle a remarqué à ce niveau un gonflement assez notable, elle a constaté un affaiblissement de la puissance du bras gauche; les fonctions de la vie sont quelque peu gênées : l'appétit qui a toujours languì est peut-être moindre que d'habitude; vomissements depuis quelque temps : la marche surtout est pénible et donne lieu à des douleurs de côté.

A son entrée à l'hôpital, la tumeur s'étend depuis la partie postérieure de l'hypocondre gauche, jusqu'à la ligne médiane en avant; en hauteur elle remonte jusqu'à trois travers de doigts au-dessous du sein et descend jusqu'à l'ombilic à peu près. Le côté est déformé par une voussure assez considérable qui occupe toute la partie correspondant à la tumeur. Si l'on palpe la tumeur dans tous les sens on parvient à y rencontrer *une sorte de frémissement qui fit porter le diagnostic de kyste hydatique* de la rate, probablement, par M. Hemey. Ce diagnostic fut confirmé par M. Michon à sa visite du 7 septembre.

Traitement par M. Michon d'abord par l'électro-puncture puis applications de potasse caustique, de pâte de Vienne, enfin ponction avec un trocart ordinaire donnant écoulement à un liquide purulent, fétide. Sonde à demeure dans le kyste. Lavages à la teinture d'iode étendue d'eau.

Guérison.

## OBSERVATION VI

Lebert et Berger 1860. Berl. Klinisch Woch, 1871 n° 3 p. 27  
(in Tröhler p. 146.)

Une jeune fille entra au mois de mai 1860 dans le service du professeur Lebert pour une tumeur de l'hypocondre gauche datant de trois ans. La tumeur est grosse comme une tête d'enfant, elle saillit sous les fausses côtes et tend la moitié gauche de l'abdomen jusqu'à l'ombilic. En haut la matité s'étend jusque dans les régions mamellaires et axillaires. Dans la partie externe et inférieure, on remarque à la percussion, quelque chose qui ressemble *au tremblement des hydatides*.

La tumeur s'affaisse à chaque aspiration profonde, on diagnostique un kyste hydatique de la rate. Ponction qui fit disparaître les douleurs, la tumeur diminua, cependant il resta une certaine dyspnée qui fit supposer un kyste des poumons. On perdit de vue la malade.

## OBSERVATION VII (résumée)

In thèse Lainé Paris 1889. Clinique de M. le Professeur Skoda.  
p. 37.

La rate s'étend depuis le bord de la huitième côte jusqu'à la crête iliaque, à environ un pouce de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A hauteur de l'hypocondre gauche et sur le côté de la ligne médiane du corps se montre une enflure considérable dont la plus grande convexité se

trouve comprise entre deux lignes, dont l'une va de l'hypocondre gauche à l'ombilic, l'autre de l'appendice xyphoïde à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Sur toute l'étendue de la tumeur, matité absolue à la percussion, tympanisme sur les bords. Au point le plus élevé de la tumeur on trouve à la palpation *une sorte de frottement*, mais on ne peut découvrir un véritable frémissement hydatique.

Par l'auscultation ainsi que par l'apposition de la main, on entend et on sent une sorte de frottement. Après ponction on diagnostique : Kyste hydatique de la rate.

Traitement par des ponctions successives et des injections iodiques. Guérison.

## OBSERVATION VIII

**Mosler F.** *Über Milzechinococcus und seine Behandlung.*

Wiesbaden, (in Trinkler, p. 154).

Le malade, âgé de vingt-deux ans, est berger de sa profession, il a dressé beaucoup de chiens.

Le foie est hypertrophié, il dépasse la ligne médiane et ses contours se confondent avec ceux de la tumeur.

La rate est très congestionnée et adhère directement à la tumeur. On diagnostique d'abord un kyste hydatique du foie. Une ponction probatoire donna une petite quantité de liquide jaune paille, sans albumine. On y trouve à l'aide du microscope deux crochets.

Le 22 février. — Nouvelle ponction avec aspiration de 2000 grammes de liquide, ne contenant pas d'albumine, mais avec beaucoup de crochets. On prescrit au malade de

Iodure de potassium à l'intérieur, et l'on injecte dans la tumeur une solution d'acide phénique (2 1/2 0/0). Le 26 avril on remarque de nouveau dans l'hypocondre gauche une tumeur indolore, non fluctuante, appartenant évidemment à la rate. On pratique une ponction probatoire et l'on obtient de nouveau un liquide transparent sans albumine.

La ponction provoque de la douleur dans l'abdomen, la tumeur grossit, et l'on aperçoit la fluctuation et *le froissement des hydatides*.

Après une série de ponctions le malade sort guéri.

## OBSERVATION IX

(In Th. Le Noël, Paris, 1879, p. 57).

En mai 1856. M. Duboué fait voir un kyste kystique de la rate trouvé chez un enfant tuberculeux, âgé de 14 ans. Il était entré le 14 avril à l'hospice des Enfants-malades, pour une phtisie pulmonaire, affection qui le fit succomber le 13 mai. Le malade n'avait jamais accusé de douleur locale ; il avait continuellement de la fièvre, avec exacerbation le soir et se plaignait de sueurs nocturnes. Il n'avait jamais eu de fièvre intermittente, pas de douleurs qui puissent faire soupçonner l'existence de la lésion qui est l'objet de la présentation.

A l'autopsie on trouva une rate présentant une tumeur du volume du poing, surajoutée à la partie supérieure de sa face profonde. En palpant cette tumeur on sentait une assez grande résistance, néanmoins ses parois se laissaient affaïsser et à sa surface on observait deux ou trois petites bosse-

lures qui offraient beaucoup moins de résistance et qui se laissaient déprimer par le doigt. On pouvait y percevoir le *frémissement hydatique*. Une incision laissa écouler un liquide clair, en même temps qu'une grande quantité d'hydattides de dimension variable, depuis le volume d'un petit grain de raisin jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. (*Bull. soc. anat.* T. XXI, p. 155).

### OBSERVATION X

**Tuffier. In th. Cras. p. 87. Kyste hydatique de la rate.  
Marsupialisation. Guérison.**

G..., Louise, entre le 17 octobre 1891 à l'hôpital Beaujon. Elle se plaint de douleurs occupant l'hypocondre gauche. Depuis plusieurs années elle ressent après la marche ou dans les mouvements du thorax une pesanteur et un endolorissement de ce côté, mais les accidents ne sont devenus intenses que depuis une attaque d'influenza qui date de six mois. Des accès fébriles irréguliers, un amaigrissement notable, la perte de l'appétit et le gonflement très net de la région de l'hypocondre gauche l'obligent à venir à l'hôpital.

Je constate une tuméfaction abdominale soulevant les dernières fausses côtes et faisant saillie dans tout le flanc qu'elle rend asymétrique. Elle est lisse, résistante, mate, *sans frémissement* dans toute son étendue, *sauf au niveau de son bord libre*. Ce bord qui s'étend de la partie gauche de l'appendice xyphoïde jusqu'à la fosse iliaque, est tranchant. Toute la tumeur est mobilisable sous la paroi abdominale et sur les parties profondes, en arrière on sent qu'elle remplit la fosse lombaire, mais une zone de sono-

rité persiste à ce niveau entre la colonne vertébrale et la tumeur. En haut la matité remonte dans le thorax jusqu'à la cinquième côte. L'état général est bon. Nous confirmons le diagnostic tumeur liquide de la rate.

Une ponction avec la seringue de Pravaz, donne quelques gouttes de liquide hydatique ; une seconde ponction donne issue à du pus. Le diagnostic du kyste hydatique suppuré de la rate s'imposait, et dans ces conditions, je fis la splénotomie le 27 octobre.

Incision sur le bord externe du grand droit. En haut les deux feuillets péritonéaux adhèrent ; en bas ils sont libres.

Je fixe le feuillet pariétal à la tumeur, et j'incise au bistouri deux centimètres d'épaisseur de tissu rouge, splénique, sur une longueur de 7 centimètres. L'écoulement sanguin est peu abondant. Je donne issue au contenu du kyste formé d'hydatides vivantes, de débris de fausses membranes et d'une quantité notable de pus. Suture de la poche à la peau, lavage au sublimé chaud à 1/3000, tamponnement iodoformé, drainage à partir du troisième jour. Suites opératoires nulles. Guérison.

## OBSERVATION XI

Chouppe. Bull. soc. anatom. Tome XV, 1870.

En janvier 1870, Chouppe présente un kyste trouvé à l'autopsie d'un phthisique dans le service de M. le professeur Vulpian. Le malade qui portait ce kyste n'en avait jamais souffert, et dans les divers hôpitaux, où il avait été soigné pour sa tuberculose, il n'avait jamais appelé l'attention sur

l'hypocondre gauche. L'autopsie eut lieu le 12 janvier, on ne trouva que la lésion du poumon qui avait amené la mort et le kyste hydatique de la rate.

Tumeur arrondie, globuleuse, présentant 37 centimètres de circonférence, occupant tout l'hypocondre gauche, s'avancant jusqu'à l'ombilic et descendant jusque dans la fosse iliaque correspondante. Cette tumeur adhère en plusieurs points à la séreuse pariétale. On remarque qu'elle est composée de deux parties. 1<sup>o</sup> à la partie interne, une membrane blanc-jaunâtre ; 2<sup>o</sup> à la partie externe et supérieure, la paroi est formée par un tissu rougeâtre, présentant une couleur analogue à la rate, excepté en un point. Sur la face interne on distingue des vaisseaux qui en certains points ont le volume d'une plume d'oie.

La partie externe, constituée par la rate, se divise en deux zones : 1<sup>o</sup> une zone périsplénique constituée par une rate très étalée et recouverte par le péritoine sur lequel existe par place des néomembranes ; 2<sup>o</sup> une zone centrale à bords déchiquetés, formée par une plaque blanchâtre, saillante, d'aspect cartilagineux. C'est vers la partie supérieure, en un point où le tissu splénique semble se séparer de la paroi kystique que les vaisseaux pénètrent dans l'organe.

Le kyste occupe en conséquence le hile de la rate, rejetant à la partie externe, celle-ci étalée.

En percutant légèrement sur un point, et en recouvrant la rate avec une main, on sent *un frémissement hydatique très net*. Avant l'ouverture du kyste, l'organe pesait 2041 grammes, après l'écoulement du liquide, il pèse 537 grammes.

## OBSERVATION XII

Dieulafoy. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris. Tome III. Leçon V.

Malade de 42 ans, présentant une déformation, une voussure de l'hypochondre et du flanc gauche ; les côtes sont fortement déjetées en dehors.

A la palpation on trouve une tumeur ovalaire, indolente, dont les contours échancrés donnent la sensation de 2 lobes ; elle déborde les côtes gauches de 9 centimètres ; en dedans elle s'étend jusqu'au voisinage de la ligne blanche ; elle n'est ni mobile, ni mobilisable. En haut elle remonte derrière les côtes gauches qu'elle dejeté en dehors ; elle refoule le diaphragme et le poumon jusqu'au troisième espace intercostal ainsi que le démontre la percussion ; elle dévie le cœur à droite du sternum.

Le malade n'est pas entaché de paludisme, l'examen du sang démontre qu'il ne s'agit pas de leucémie. Depuis longtemps déjà il souffre de douleurs dans l'hypocondre gauche et à l'épaule droite, mais il ne peut préciser le début de la voussure thoracique ; depuis six mois seulement il a constaté que la déformation s'accroissait, en même temps il avait la respiration de plus en plus gênée. Malgré cela l'état général est bon, il a peu maigri, l'appétit est conservé.

Etant donnée l'évolution lente de la maladie on diagnostique : Kyste hydatique de la rate et on décide l'opération.

*Opération.* — La rate libre d'adhérences est fort abaissée dans l'abdomen, elle est volumineuse, en partie coiffée par un énorme kyste qui s'engage sous les côtes, il est comme

plaqué sur la rate, semblant en émerger, mais n'étant adhérent qu'au niveau du hile.

Ponction au trocart. Deux litres de liquide eau de roche ; un troisième litre s'écoule à la suite de quelques quintes de toux.

Marsupialisation à cause de la minceur des parois kystiques ; à cause de son retrait et de ses adhérences vers les parties profondes.

Légère élévation de température de cause inconnue. Guérison.

### OBSERVATION XIII (résumée).

in Th. Cras., p. 63.

**Kyste hydatique suppuré de la rate avec perforation  
du diaphragme.**

Marie C..., d'un village des Landes, entre à l'hôpital, le 23 octobre 1895.

Aussi loin qu'elle peut remonter dans ses souvenirs, elle se voit toujours avec une douleur de côté. Elle gardait les moutons dans les bois et buvait souvent de l'eau dans les ruisseaux ; il y avait un chien dans la maison.

A 12 ans un médecin appelé auprès d'elle diagnostique une fluxion de poitrine, et fait poser 10 ventouses très bas, à gauche, au-dessous des fausses côtes.

A 21 ans, nouveau diagnostic de fluxion de poitrine, avec pleurésie gauche ; elle reste trois mois au lit. A partir de ce moment elle s'enrhume facilement, a des hémoptysies légères.

Le 23 octobre, à son entrée, on trouve en avant, au sommet gauche, des râles humides et de la matité. En arrière

matité dans presque toute l'étendue du poumon gauche, on n'entend pas le murmure vésiculaire, il n'y a ni souffle, ni pectoriloquie aphone ; la voix haute semble donner un peu d'égophonie, mais on constate ce même phénomène à droite. Espace de Traube sonore, cœur non dévié.

La rate n'est pas examinée, on croit avoir affaire à des lésions pleurales anciennes, en se rapportant aux antécédents de la malade.

Traitement reconstituant, mais devant la persistance de la douleur du côté gauche, la constatation d'un souffle très doux, une ponction exploratrice est décidée.

Elle donna un peu de liquide purulent, où on trouva une membrane blanchâtre, présentant la structure en feuillets des kystes hydatiques, et de nombreux crochets.

Nouvel examen le 25. — Pendant la respiration le côté gauche paraît à peu près immobile ; on voit de la voussure des dernières fausses côtes gauches ; à gauche on entend à peine la respiration. En examinant la région du cœur, on trouve un foyer de battements qui occupe le troisième et le quatrième espace intercostal, à droite du sternum ; cependant on peut entendre les bruits du cœur aux points d'élection, même pour l'orifice mitral.

La rate est volumineuse ; elle descend jusqu'à deux doigts au-dessus de la crête iliaque. En dedans on trouve son bord tranchant à quatre doigts de l'ombilic.

Par la percussion on trouve que la matité splénique se confond avec la matité pleurale, sans zone interposée. Les changements de position laissent l'organe à la même place. Pas de frémissement hydatique, pas de fluctuation.

La température de la malade ayant monté progressive-

ment à 40°, une intervention est décidée le 4 janvier. Ponction dans le huitième espace intercostal, incision de 4 centimètres qui amène une quantité considérable de pus offrant de nombreuses vésicules hydatiques. Résection d'une partie de la neuvième côte. Le doigt introduit sent en bas une voûte, formée par la convexité du diaphragme, et en un point, une dépression, sorte d'hiatus à travers lequel est engagée et prise une membrane hydatique. Agrandissement de cette ouverture qui fait communiquer la plèvre avec la rate, 4 ou 500 vésicules sortent à ce moment. Lavages. Drainage. Pansement.

Mort par affaiblissement le 18 janvier.

*Autopsie.* — La rate est allongée verticalement ; sa partie inférieure atteint le rebord des fausses côtes. Sa partie supérieure se perd sous le dôme diaphragmatique avec lequel elle adhère ; sa portion inférieure, environ le quart, présente une coloration bleuâtre, ardoisée, sa portion supérieure est au contraire, lie de vin. En disséquant les adhérences avec la paroi costale on met à découvert, collé à cette paroi, un petit kyste hydatique indépendant de la rate.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve un vaste clapier purulent dans la plèvre gauche. Le poumon gauche est petit, tendu et ratatiné en haut, près de la colonne vertébrale. La rate est creusée d'une cavité qui occupe ses trois quarts supérieurs, et communique largement avec la partie inférieure de la plèvre.

Le tissu de la rate ne semble pas très altéré ; il existe tout autour de la poche centrale, sauf au niveau où s'est faite la communication avec la plèvre. La rate enlevée pèse 350 grammes.

OBSERVATION XIV (résumée).

**Reboul de Nîmes. In th. Cras p. 71. Kyste hydatique suppuré de la rate avec perforation du diaphragme.**

Amélie M..., 35 ans, a remarqué une tumeur du volume du poing, depuis quatre ou cinq ans, siégeant dans l'hypocondre gauche ; elle éprouvait dans la région des fourmillements comparables aux sensations que donneraient de petites bêtes qui marchent ou grattent.

Depuis quelques mois la tumeur a augmenté. En 1894, fausse-couche de quatre mois et demi, sous cette influence la tumeur s'accroît notablement.

Elle entre à l'hôpital le 14 août. On constate une tumeur volumineuse occupant le flanc et l'hypocondre et empiétant sur les régions épigastrique et ombilicale. A droite, elle atteint l'ombilic, en bas, elle descend jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. En haut, elle se continue sous les fausses côtes. La tumeur est mate à la percussion et la matité se prolonge jusqu'au cinquième espace intercostal gauche.

L'examen du thorax gauche donne une matité absolue dans les deux tiers inférieurs. Absence de vibration et de murmure vésiculaire.

D'après les signes de cette tumeur, l'augmentation rapide de son volume à la suite d'un avortement, on diagnostique kyste hydatique suppuré de la rate, ayant envahi la plèvre gauche, ou coïncidant avec un kyste hydatique isolé de la partie gauche du thorax.

Opération le 22 août, qui confirme le diagnostic. En explo-

rant avec la main la cavité, on perçoit à la partie supérieure un orifice circulaire obstrué par une vésicule hydatique qui bombe dans la poche. Cette vésicule se rompt et une quantité de vésicules hydatiques suppurées viennent faire irruption dans la poche splénique.

L'orifice du diaphragme admettait quatre doigts.

Lavage, drainage, pansement.

La cavité kystique diminue progressivement, malgré quelques phénomènes d'infection, coïncidant avec des injections de chlorure de zinc à 1 0/0.

Le 15 décembre. — Sortie de la malade en ville. Le soir, frissons, fièvre. T. 39° 0. Depuis lors affaiblissement, fièvre le soir ; suppuration abondante.

Le 7 janvier 1895. — La malade qui était levée tombe brusquement dans la salle. Il y a hémiplegie complète à gauche avec hémianesthésie. La paralysie porte sur la face, la langue, les membres supérieur et inférieur gauches.

On pense à des accidents syphilitiques cérébraux, la malade étant syphilitique depuis dix ans.

Elle meurt le 12 février, sans avoir repris connaissance.

*Autopsie.* — La rate est hypertrophiée. Le kyste hydatique s'est développé dans l'extrémité supérieure et le bord postérieur de cette glande.

Le cerveau droit présente au niveau de la partie moyenne de la circonvolution frontale interne-inférieure deux saillies fluctuantes qui ne sont autre chose que deux kystes hydatiques suppurés, ayant fait irruption dans le ventricule latéral droit.

OBSERVATION XV (personnelle).

**Kyste hydatique du foie, diagnostiqué Kyste hydatique de la rate**  
**Incision en 2 temps.**

Marie De..., 20 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 18 octobre 1899 pour une tumeur du flanc gauche.

Ses antécédents sont muets au sujet de son affection actuelle. Ses parents sont bien portants ; à 10 ans elle a eu une fièvre typhoïde ; à 16 ans elle a beaucoup souffert d'une salpingite gauche. Réglée pour la première fois à 9 ans, elle a toujours eu ses époques régulièrement.

Depuis trois mois seulement elle s'est aperçue que son hypocondre gauche grossissait : elle y sentait une tumeur. Ce n'est que les premiers jours d'octobre qu'elle commença à souffrir du ventre du côté gauche, c'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constate une vaste tumeur qui fait saillie dans l'hypocondre gauche ; elle soulève les fausses côtes du même côté, qui forment voussure ; la mensuration du thorax donne une ampliation thoracique de 41 cm. à droite. Cette tumeur déborde les fausses côtes gauches de 5 à 6 cm., et se prolonge à droite où elle dépasse un peu la ligne médiane.

A la percussion on trouve une matité beaucoup plus considérable à gauche que celle de la rate à l'état normal : elle mesure 15 cm. sur la ligne axillaire à droite, la matité du foie est normale. L'examen des autres organes n'offre rien de spécial : le cœur est normal ; à l'auscultation on nota un léger retentissement de la voix, au sommet du poumon droit, en arrière.

Le prolongement de la tumeur à droite de la ligne médiane, fait hésiter le diagnostic entre une affection du lobe gauche du foie ou de la rate. Mais en considérant la lenteur de l'évolution de la maladie, en pensant à la matité anormale de la rate, on fait le diagnostic probable de Kyste hydatique de la rate, sans toutefois l'affirmer complètement, et on décide l'opération.

La malade est endormie au chloroforme le 18 octobre. Opération par le procédé de Volkmann en deux temps. On constate que la rate est en dehors du kyste, et que le lobe gauche du foie en est le point de départ.

#### OBSERVATION XVI

Russie-Kieff. Sokoloff. Appendice aux comptes rendus de la Soc. de méd. de Kieff. 1881-1882, 1 s.

(In Trinkler).

**Kyste hydatique avec obstruction intestinale.**

Le malade soldat canonnier, entre à l'hôpital le ventre fortement gonflé. Il n'a pas eu de selles depuis cinq jours. On reconnaît une invagination de l'intestin, on pratique un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche, à l'endroit de la flexure sigmoïdale. A l'ouverture du péritoine il s'écoule une petite quantité de liquide blanc, laiteux.

Les anses intestinales adhèrent entre elles et au péritoine : aucune d'elles ne sort à travers l'incision; saisissant alors une des parties de l'intestin ballonné par les gaz, on y pratique une ouverture, par laquelle s'échappent en abondance des masses fécales liquides. Le poulx s'améliora; vingt heures plus tard, le malade tomba dans un sommeil

comateux, et trente-six heures après l'intervention, il succomba.

L'autopsie révéla une péritonite adhésive purulente, d'origine récente. L'intestin était libre jusqu'à la flexure gauche du côlon transverse.

A cet endroit, il était étranglé complètement par des fausses membranes plus ou moins anciennes, provenant de la capsule liénale et du ligament colico-liéal. La circulation était complètement interrompue ; l'eau introduite dans le côlon transverse ne passait pas.

La rate était transformée en une poche remplie de liquide blanchâtre, dans lequel nageaient des rouleaux, ressemblant à des morceaux de macaroni bouilli ; c'étaient des détritits de vésicules hydatides.

Le tissu splénique n'existait presque plus. Dans la partie inféro-postérieure du kyste, on trouvait deux perforations qui communiquaient avec la cavité péritonéale.

#### OBSERVATION XVII (résumée).

Société anat. 1876. p. 673. M. Brault, in Th. Lainé.

Kyste hydatique ouvert dans le côlon.

Jal... Philippe, 57 ans, imprimeur, entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 octobre 1874.

Il se présente avec un ventre à peu près uniformément développé comme dans l'ascite. Le développement est tellement considérable que l'ombilic a disparu et que l'appendice xyphoïde est subluxé en avant.

La tumeur est lisse, sans bosselures, ni duretés ; fluctuante d'une façon très manifeste. La matité à la percussion

se continue avec celle du foie, mais aussi avec celle de la rate à gauche. On fait le diagnostic de kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Le 28 octobre. — Il y eut par l'intestin une véritable débâcle. Le 5 novembre, seconde débâcle, diarrhée incoercible.

*Autopsie.* — Vaste tumeur située dans l'hypocondre gauche, très adhérente au diaphragme, très adhérente aussi au lobe gauche du foie, mais on peut l'en séparer.

Au contraire la rate est complètement incluse dans la paroi gauche de la tumeur. Il est impossible de retrouver la capsule de la rate.

Le tissu propre de cet organe semble séparé de la cavité du kyste par une membrane de nouvelle formation dont l'examen hystologique n'a pas été fait. A l'ouverture de la tumeur, sérosité louche assez abondante, fausses membranes et grumeaux, consistance de mastic (Hydatides dégénérées).

La tumeur est adhérente au côlon transverse, mais on ne peut retrouver l'orifice de communication avec la tumeur.

## OBSERVATION XVIII

Russie. In Trinkler, p. 156.

**Kyste hydatique ouvert dans le poumon et l'intestin.**

La malade se présente le 9 janvier avec des douleurs au flanc gauche, et dans un état févreux (T. 39°2). On remarque à l'hypocondre gauche une grosse tumeur. Trois semaines environ avant d'entrer à l'hôpital, elle a ressenti de la frigidité, puis de la chaleur et une douleur dans le kyste où elle n'avait jamais eu mal auparavant.

Une ponction fut pratiquée et l'on obtint une petite quantité de pus. Le 24 février, pendant une quinte de toux, la malade évacue par les bronches un flot de liquide purulent. Il existe évidemment une communication entre la tumeur et les poumons. L'abcès s'ouvrit une seconde issue dans l'intestin, ce qui occasionna une diarrhée purulente qui dura jusqu'au 17 juillet, c'est-à-dire jusqu'à la mort de la malade.

*Autopsie.* — L'hypocondre gauche est comblé par une tumeur grosse comme une tête d'adulte, de forme ovale, de consistance non homogène. Le tissu de la rate se confond avec celui du kyste, dont la cavité est remplie de pus gangréneux, jaune verdâtre, contenant des membranes vésiculaires.

La tumeur a trois ouvertures : l'une perfore les téguments abdominaux, la seconde donne dans le côlon, la troisième correspond à une perforation de diaphragme, dans la partie inférieure du poumon gauche.

## OBSERVATION XIX

P. Debbet in th. Baraduc.

Kyste hydatique de la rate. Marsupialisation. Fistule persistante.

D. Z..., 37 ans, porteuse de pain, entre à l'hôpital Laennec le 18 avril 1895 avec une tumeur du flanc gauche.

Aucune tare héréditaire. Début de la maladie il y a 4 ans, époque à laquelle la malade remarque pour la première fois une petite grosseur dans le ventre à gauche et en haut de l'ombilic. Depuis, cette boule comme s'exprime la malade, a grossi petit à petit, provoquant des élancements au ni-

veau de la rate à 3 ou 4 travers de doigts du bord gauche de l'abdomen. Aucun trouble urinaire.

Fonctions digestives intactes. Jamais d'urticaire.

A l'examen on constate une grosse tumeur remplissant la moitié supérieure gauche de l'abdomen. Elle s'étend à 4 travers de doigt au-dessus de l'horizontale passant par l'ombilic, jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de cette ligne, à droite jusqu'au foie. De plus elle remplit la fosse lombaire gauche où l'on peut la faire balloter, comme si l'on avait affaire à quelque chose d'origine rénale.

Mate à la percussion. La matité se confond avec celle du foie sans transition. On ne sent pas d'intestin en avant de la tumeur. Fluctuation manifeste.

Pas de frémissement.

La tumeur remplit d'arrière en avant tout l'abdomen.

Elle suit tous les mouvements de la respiration,

Le 6 mai. — Laparotomie latérale sur le bord gauche du droit antérieur gauche.

La paroi kystique est blanche, sans adhérences épiploïques.

Incision de la poche et évacuation du liquide et des vésicules-filles innombrables.

En sortant une partie de la poche, on trouve la rate accolée à sa face interne. La rate ne paraît pas altérée.

Résection d'une partie de la paroi du kyste. Marsupialisation de ce qui reste.

Le 29 juin. — Le malade sort portant une fistule.

Revue au mois d'octobre 1895 la fistule persiste.

Revue pour la dernière fois le 14 septembre 1897, la fistule persiste toujours. La malade est obligée de se panser tous les jours. A part cela sa santé est satisfaisante.

## OBSERVATION XX

**P. Delbet. in Th. Baraduc. Kyste hydatique de la rate. Marsupialisation. Fermeture de la fistule en 3 mois 1/2. Enorme éventration.**

F. J..., 57 ans, journalier est entré à l'hôpital Laennec le 15 juin 1895 avec une énorme tumeur occupant tout l'hypochondre gauche, le flanc gauche et une partie de la fosse iliaque gauche.

Le malade fait remonter l'apparition de cette tumeur à 5 ans quand il s'en est aperçu pour la première fois.

Peu de douleurs. Jamais d'urticaire.

Tumeur mate, rénitente.

Opération le 27 juin 1895. — Incision sur le bord gauche du droit antérieur gauche. Adhérences intimes du péritoine et de la paroi kystique.

On incise cette paroi. Ecoulement de liquide clair, transparent, et d'un très grand nombre de vésicules-filles

On tente d'exciser la poche, mais l'adhérence est telle qu'il faut y renoncer. On suture la paroi kystique à la paroi abdominale.

Les suites de l'opération furent simples. La poche s'est réduite progressivement et le 14 octobre 1895 le malade part à Vincennes avec une légère ulcération superficielle. Bien guéri.

Revu le 4 juillet 1896. — Enorme éventration qui a pour siège la portion de la cicatrice où a été faite la marsupialisation.

## OBSERVATION XXI

In th. Baraduc. Kyste hydatique de la rate. Incision avec suture sans drainage. Guérison. (Stirling. Note sur les kystes abdominaux. Intercol. med. J. of. Australasia. Melbourne, mai 1897, p. 228.

Femme de 40 ans, ayant été opérée autrefois par la méthode de Lindemann d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie. Elle entre le 31 mars 1897 à l'hôpital Saint-Vincent.

En l'examinant, on constate dans l'hypocondre gauche la présence d'une tumeur se déplaçant avec la respiration et s'étendant d'environ 3 pouces au-dessous du mamelon jusqu'au niveau de l'ombilic ; et transversalement de l'ombilic, à la ligne axillaire.

Laparotomie le 6 avril, incision oblique parallèle au rebord costal et à un pouce environ au dessous de lui.

La rate se présente, elle est ponctionnée dans une direction oblique en haut et en dehors, et environ une pinte de liquide clair est ainsi retiré par aspiration. L'incision agrandie permet de voir que le kyste était placé à la surface externe de la rate contre les côtes. En pratiquant cet agrandissement de l'incision, une adhérence qui isolait le sac de la grande cavité péritonéale fut coupée, mais suturée ensuite avec du catgut. Le sac fut alors saisi avec des pinces, ouvert avec des ciseaux, et les bords en furent fixés à la paroi abdominale.

La membrane mère fut enlevée ; la cavité adventice lavée avec une solution saline, et séchée avec des éponges. L'incision abdominale fut refermée par dessus le sac et sans drainage.

10 avril. — Pansement, tout se passe normalement. Le 11, la place est un peu rouge, mais la région splénique est absolument normale. Le 13 aucune souffrance.

Température normale. Abdomen souple. La poche adventice ne montre aucune tendance à se réformer.

### OBSERVATION XXII (résumée).

Enorme kyste hydatique probablement de la rate. Capitonnage.  
Guérison.

P. Delbet. in thèse Baraduc.

Ch..., âgé de 40 ans. Laparotomie le 22 juin 1896.

On tombe sur un kyste énorme qui est ponctionné et vidé. Ce kyste contenait 700 gr. de liquide et près de deux litres de vésicules. La vésicule mère est enlevée, le kyste est rétréci par 4 fils de capiton et suturé par 15 points de Lembert. Suture totale de la paroi sans drainage. Guérison.

Pendant le cours de la guérison, un autre kyste se rompt et de ce kyste s'écoule une petite quantité de liquide avec des hydatides.

Le malade sort guéri.

Il a été revu le 8 août, guérison parfaite.

### OBSERVATION XXIII

1867. (Durante. Arch. ed. Atti della Societa ital. di chir., Roma anno. 5 p. 221. In Vanverts. p. 179).

Femme de 20 ans. Kyste hydatique de la rate.

Splénectomie. Adhérences nombreuses et solides. Mort.

OBSERVATION XXIV (résumée).

1873. Vaste kyste hydat. de la rate. Ponction. Suppuration, Extirpation. Mort. Kœberlé. Soc. de méd. de Strasbourg. 6 mars et 5 juin 1873. In Casanova et Poulet. *Revue de chir.*, 1888. p. 393. in Vanverts, obs. 57, p. 179.

Femme âgée de vingt-sept ans, bonne constitution, faisant remonter les premiers symptômes à quatre ans environ ; à ce moment elle remarqua une légère intumescence abdominale qui depuis n'a fait que s'accroître progressivement.

Aujourd'hui, la tumeur occupe tout l'abdomen et refoule la cavité thoracique. La numération des globules, la petitesse du foie, firent rejeter l'idée d'hypertrophie leucocythémique. Le diagnostic est hésitant entre une tumeur acephalocystique et un kyste séreux simple. Fluctuation difficile à percevoir. Matité complète sur toute l'étendue du ventre dont la circonférence mesure 0 m. 90.

Kœberlé se décide à pratiquer une ponction capillaire avec une canule de 1 millimètre de diamètre, et extrait 4 litres de liquide dans lequel nagent des membranes.

Pas d'albumine dans le liquide, tandis que les kystes séreux simples en renferment toujours. Le diagnostic du kyste hydatique de la rate paraît à l'auteur le plus plausible.

On aurait pu penser à un kyste du rein ou du mésentère : l'hydronéphrose, après la ponction, devait être éliminée ; quant aux kystes du mésentère ils sont globuleux et l'estomac, au lieu d'être refoulé à droite, est au contraire dans ces derniers en avant et au-dessus de la tumeur.

Peu de jours après la ponction, faiblesses fréquentes, puis frissons, malaise : la nutrition s'altère et au bout de six semaines l'affaiblissement était très grand en même temps que l'abdomen avait repris ses dimensions premières.

On constate à ce moment : Etat général très mauvais, fièvre hectique, maigreur extrême, peau sèche. Tumeur ayant repris ses dimensions premières, le frémissement vibratoire n'existe plus ; la poche a contracté des adhérences avec la paroi. Quintes de toux faisant craindre des adhérences diaphragmatiques.

Kœberlé repousse alors toute nouvelle ponction comme inutile, l'ouverture avec suppuration de la cavité en raison de la faiblesse de la malade, et s'arrête à l'extirpation faite le 5 juin par la ligne sus-ombilicale.

L'incision s'étend du bord inférieur du sternum à l'ombilic et découvre d'abord la partie interne de la tumeur qui n'adhère point à la paroi abdominale et très faiblement seulement à quelques anses intestinales voisines.

Décollement de la face antérieure de la tumeur facile, sauf à la partie supérieure. Le kyste ponctionné à ce moment contient encore 4 litres d'un liquide verdâtre purulent, semblable au précédent, dans lequel nageaient des débris de membranes et des vésicules d'échinocoques.

A partir de ce moment le décollement ultérieur de la tumeur ne se fit qu'avec peine. Le kyste qui s'était développé dans le centre même de la rate avait contracté, par éraillures, des adhérences avec la plupart des organes voisins. Il fallut le séparer d'avec le foie, l'estomac, le colon transverse, mais ce furent surtout les adhérences diaphragmatiques qui rendirent l'opération laborieuse et coûtèrent

beaucoup de sang. Néanmoins on se rendit maître de l'hémorrhagie. Suture abdominale et pour ne pas tirer le pédicule de la tumeur contenant les vaisseaux de la rate, on fait sur la paroi de l'hypocondre correspondant une petite incision dans laquelle on les maintient.

Durée de l'opération, trois heures. Mort dix-sept heures après de faiblesse.

#### OBSERVATION XXV

1884. Kyste hydatique de la rate. Extraction du kyste. Hémorrhagie, venue des parois de la cavité. Mort.

(J. D. Thomas. Austral. med. J. 1884, VI 385). In Vanverts, J. p. 181.

#### OBSERVATION XXVI

1886. Kyste hydatique dans une rate mobile.

Fehleisen. Deutsche med. Woch. 1888. XIV 49 p. 1003.

Berl. Klin. Woch. 1888, n° 25, p. 512.

In Lieffring. Obs. 12. Trinkler. Rev. de Chir. 1894, p. 159.

In Vanverts, J. p. 183. Op. Bergmann.

*Opération.* — 5 novembre 1886. Splénectomie assez difficile, en raison de nombreuses adhérences que la tumeur avait contractées avec l'épiploon et l'intestin.

Le parenchyme splénique était normal en dehors du kyste. Guérison.

Aucune modification du sang, ni en avant ni après l'opération.

### OBSERVATION XXVII

**1888. Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison. (Mas. Bol. del Inst. med. Valenciano. Janvier 1889).**

**Cent. f. chir. 1889, p. 719.**

**In Vauverts, J. p. 185.**

C'est la première extirpation de la rate qui fut pratiquée avec succès en Espagne.

Opération 12 mai. — Incision sur le bord externe du muscle droit à gauche. L'épiploon qui recouvrait la tumeur fut rabattu en haut. Ponction de la tumeur avec le trocart de Péan. Splénectomie après division du pédicule en deux portions qu'on lie au catgut, puis ligature en masse. La tumeur pesait 830 gr. Pas de fièvre pendant les quatre premiers jours. Ensuite apparurent les symptômes de la péritonite circonscrite : 40°3. Chute de la fièvre après l'administration du calomel et d'opium et après l'application de la glace sur le ventre.

La plaie guérit per primam. Le 31 mai la malade entre en convalescence. Sang normal. Mas pense que la péritonite a été due à la ligature qui n'a pas été résorbée, et qui comme un corps étranger, a provoqué une inflammation. Onze mois après l'opération, la malade était en excellente santé.

### OBSERVATION XXVIII

**1891. Kyste hydatique du foie et de la rate. Incision du kyste du foie. Spénectomie. Mort.**

**(Le Dentu. Etudes de clin. chirurg. Paris 1892, p. 277. in Vanverts, J. p. 180.)**

Homme 36 ans. Voussure considérable de l'hypocondre droit et de la partie inférieure du thorax du même côté.

Développement considérable du foie qui forme une tumeur

lisse, ferme, sans fluctuation, remontant jusqu'à la cinquième côte et descendant jusqu'au niveau de la crête iliaque ; transversalement elle se prolonge jusqu'à l'épigastre. Frémissement hydatique. Cette tumeur paraît distincte d'une seconde tumeur située à gauche, entre le bord inférieur du thorax et la crête iliaque. Celle-ci du volume d'une tête de fœtus, est dure, arrondie, très mobile. Un peu d'ascite.

Opération 3 mai 1891. — Laparotomie médiane, sus ombilicale. Incision du kyste hépatique après ponction, puis fixation à la paroi abdominale.

Dans un second temps, incision pratiquée sur la paroi latérale gauche de l'abdomen qui mit à découvert le kyste de la rate, à moitié inclus dans l'organe. On commença la fixation de la poche, mais celle-ci était très mince, se déchirait et le tissu splénique saignait abondamment; comme elle se laissait facilement amener au dehors, on plaça une ligature sur le pédicule et l'organe fut extirpé en totalité. Bien que l'opération n'eût pas été longue, le malade resta déprimé et mourut dans la nuit.

## OBSERVATION XXIX

1 891. Splénectomie pour kyste hydatique de la rate (Pirri, soc. méd. chir. di Bologna, 3 juin 1892. Rif. méd. 1892, II 742). Opér. Novaro. In Vanverts, J. p. 1888.

*Diagnostic.* — Kyste hydatique de la rate adhérent à la paroi abdominale et peut-être à d'autres organes abdominaux.

*Opération.* — On commence avec l'intention d'exécuter le procédé de Lindemann, en un temps. Laparotomie. La tumeur se continue par sa partie supérieure avec la rate, elle

est adhérente à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'estomac. L'incision de la tumeur donne issue à deux litres de liquide purulent. Les parois sont complètement calcifiées.

Pour cette raison qui ne permet pas d'attendre la guérison par le procédé de l'incision simple, on se décide à faire la splénectomie. Drainage à la Mickulicz.

Dans la suite la température oscille entre 36°7 et 37°2.

Le malade quitte l'hôpital le 14 jour, complètement guéri.

### OBSERVATION XXX

1891. Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison. Hahn. Réunion libre des chirurg. de Berlin 10 juin 1895. Soc. de méd. de Berlin 12 et 26 juin 1895. Deutsch. med. Woch. 11 juillet 1895. Cent. f. Chir 1895. 880. Semaine méd. 1895, 273 et 291. Mercredi méd. 1895. 335. In Vanverts. J. p. 189.

Examen du sang avant l'opération. — Rapport de 1 à 100 entre les hématies et les globules blancs.

*Laparotomie.* — Par une pression exercée au niveau de la région lombaire, la tumeur a été facilement amenée hors de la plaie. On a pu alors constater qu'il s'agissait d'une tumeur kystique de la rate, développée sur la face convexe de l'organe et ayant amené une atrophie pour ainsi dire complète du parenchyme splénique. Grâce à la longueur du pédicule et à l'absence des adhérences, le hile fut sectionné et le pédicule réintégré dans l'abdomen.

La tumeur était un kyste hydatique. Guérison.

Examen du sang quelques jours après. Le nombre des leucocytes a diminué d'une façon considérable, le rapport est de 1 à 600.

### OBSERVATION XXXI

**1891. Kyste hydatique. Enucléation du kyste; blessure accidentelle de l'artère splénique. Splénectomie. Guérison.**  
(Sniguirow de Moscou. Semaine Méd. avril 1895).

La tumeur splénique est attirée en dehors; M. Sniguirow opère en appliquant son procédé d'hémostase par la vapeur d'eau chaude. L'extirpation du kyste n'est pas menée à bonne fin, parce qu'en faisant les points de suture, il piqua l'artère splénique qui donna un fort jet de sang. Celui-ci fut arrêté immédiatement par l'action de la vapeur d'eau chaude. Malheureusement la vapeur avait agi avec trop d'intensité, l'artère splénique était pour ainsi dire cuite et thrombosée. Dans ces conditions on avait à redouter une gangrène de la rate, on fit la splénectomie.

Les suites opératoires furent des plus bénignes, l'opérée guérit sans avoir présenté la moindre réaction fébrile.

### OBSERVATION XXXII

**1895 (T. Vallengia. Réf. Méd. 1896 II. 502 Opér.**

**E. Tricomi) in Vanverts. p. 191.**

**Kyste hydatique de la rate. Splénectomie.**

**Ligature du pédicule en deux portions (soie).**

**Poids de la rate avec le sang 1.020 gr.; sans le sang  
970 gr. Guérison.**

Sang. Avant l'opération, — Un G B pour 380 G R.

— Hémoglobine 80

-Sang. Après l'opération, — Un G B pour 390 G R.

— Hémoglobine 80 3

### OBSERVATION XXXIII

1896. Enorme kyste hydatique suppuré de la rate. Adhérences très nombreuses. Splénectomie difficile. Guérison.  
(Thomas Jonnesco, Progrès Méd. 20 mars 1897 p. 180. Congrès internat. de méd. Moscou 1897. Presse méd. 1<sup>re</sup> septembre 1897 p. 125).

Examen du sang. — Avant l'opération 1 G B pour 509 G R.  
— Après l'opération 1 G B pour 167 G R.

### OBSERVATION XXXIV

1897. Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison.  
(H. Hartmann. Congrès français de Chir. Paris, 1897).  
In Vanverts, J. p. 192.

*Diagnostic.* — Kyste dans une rate mobile.

Splénectomie 1<sup>re</sup> mars 1897. — Incision médiane, libération facile de l'épiploon. Ligature de l'artère splénique. Pincés de Kocher sur le pédicule, et section du pédicule entre deux pincés. Ligatures, sutures. Guérison.

Examen du sang fait par M. Vaquez (1).

|                                    | G. R.     | Hémoglobine | Leucocyte. |
|------------------------------------|-----------|-------------|------------|
| 24 février. Veille de l'opération. | 3.400.000 | 100         | 4250       |
| 5 mars. —                          | 3.800.000 | 85          | 7000       |
| Fin mars. —                        | 3.250.000 | 80          | 5400       |
| 17 avril. —                        | 3.726.000 | 84          | 5000       |
| 3 juin. —                          | 3.480.000 | 100         | 7200       |

1. Vaquez. *Comptes-rendus de la société de biologie*, 5 juin 1897.

### OBSERVATION XXXV

**1897. Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison.**  
(G. Richelot. In Vanverts. J. p. 195).

En raison de la nature douteuse du liquide et de la destruction presque complète du tissu splénique, M. Richelot renonce à inciser et à marsupialiser le kyste. Après avoir agrandi l'incision abdominale, il se met en devoir d'énucléer la poche. Guérison complète.

*Examen de la rate.* — Le tissu de la rate aplati et atrophié est refoulé à la partie postérieure du kyste. La paroi du kyste est fibreuse, épaisse et résistante. Le liquide qu'elle renferme est louche, formé par de la sérosité dans laquelle quelques cristaux sont en suspension. L'examen microscopique de la paroi kystique montre la présence de crochets caractéristiques.

La malade est revue 3 mois après, la guérison est parfaite

### OBSERVATION XXXVI

**Dieulafoy. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris.**  
**Tome III. Leçon V.**  
**Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison.**

Malade se plaint depuis 3 ans de douleurs thoraciques et abdominales ; il a des tiraillements, il sent comme un poids. Depuis un an il a constaté une déformation de l'hypocondre gauche ; en même temps il perdait l'appétit, avait des digestions pénibles.

Malgré cela, bon état général, pas de fièvre. A l'examen

on constate une voussure de l'hypocondre gauche peu accentuée, la tumeur est surtout abdominale, elle descend au-dessous de l'ombilic et dépasse à droite la ligne blanche. En haut la matité s'arrête à la 5<sup>e</sup> côte, le cœur est à peine dévié.

*Opération.*— Kyste sphérique presque partout recouvert par la rate qui s'étale à sa surface à la façon d'une enveloppe. Quelques adhérences au niveau du ligament phrenico splénique.

Ponction de 2 litres de liquide contenant des crochets d'échinocoques.

Splénectomie. Guérison.

Après ablation de la tumeur, on constate une cavité sphérique creusée au centre même de la rate ; mais le tissu splénique n'a pas partout la même épaisseur. Il est très aminci et réduit à l'état de coque au point qui correspond au centre de la rate ; aux extrémités il a subi une telle exubérance que la rate après ablation du kyste, pesait encore 800 gr. c'est-à-dire 4 fois son poids normal.

Le Dr Wlaef, qui suivait le service, fit l'étude du sang après l'opération. Aussitôt après l'ablation de la rate, le nombre des globules rouges a baissé considérablement ; le nombre des globules blancs a doublé.

Jusqu'au 20<sup>e</sup> jour les globules rouges ont diminué progressivement, puis ont augmenté petit à petit jusqu'au 86<sup>e</sup> jour et ont repris leur taux normal.

Quant aux globules blancs, leur nombre est resté plus élevé après l'opération.

En même temps que la diminution des globules rouges on constatait des modifications dans leur forme ; au lieu

d'être circulaires, ils avaient l'aspect de poires, d'amendes, de virgule, de cœur. On trouvait même des globules rouges à noyau, et des globules blancs en kariokynèse.

Il y avait perturbation dans la quantité des leucocytes et des hématies,

## CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques de la rate, considérés il y a quelques années comme une affection rare, sont aujourd'hui d'une fréquence relative.

Ils viendraient en premier lieu après les kystes hydatiques du foie.

2° L'embryon hexacanthé, partant de l'intestin, peut se rendre à la rate par des voies diverses : il semble cependant que pour les kystes primitifs et isolés de la rate, le mode de transmission par l'appareil circulatoire, artériel ou veineux, soit plus rationnel que tout autre ; quant aux kystes secondaires, juxta-spléniques, ils peuvent résulter de la greffe d'une vésicule échappée d'un kyste primitif d'un organe voisin, le foie par exemple.

3° Dans leur développement, qu'ils soient centraux ou périphériques, ils déterminent toujours à leur pourtour, une sclérose partielle de l'organe.

En même temps, la rate, dans sa partie libre subit une hypertrophie compensatrice.

4° La séméiologie de cette affection est encore très vague : les douleurs perçues d'une façon inconstante par les malades, la tumeur de l'hypocondre gauche, constatée seulement au moment où elle a acquis un volume déjà con-

sidérable, et déterminant des troubles dyspeptiques ou dyspnéiques, ne sont pas des symptômes suffisants pour affirmer le diagnostic ; seul, le frémissement hydatique peut révéler la présence des hydatides. Malheureusement, il est souvent impossible de le percevoir, la vésicule-mère étant distendue par trop de liquide.

5° Abandonné à lui-même, le kyste hydatique de la rate est une maladie grave ; des complications mortelles sont à redouter, telles que perforation du diaphragme, invasion de la plèvre, compression et perforation intestinales, généralisation de la maladie aux organes abdominaux.

Il est cependant presque toujours curable, quand il est confié assez tôt aux soins du chirurgien.

6° La rate, considérée par les physiologistes comme un organe de défense et d'entretien, doit être conservée toutes les fois qu'il sera possible.

L'opération de choix est l'extirpation ou l'énucléation du kyste. Pratiquée de bonne heure, elle sera toujours facile, et assurera au malade une guérison complète et rapide.

---

Vu : le Président de la thèse  
TILLAUD

Vu : le Doyen  
BROUARDEL

Vu : et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris  
GRÉARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Adelmann.** — Die Wandlungen der splenectomie seit dreizig Jahren. Arch. f. Klin. chir. Bd. XXXVI H<sub>2</sub>, p. 486.
- Auscher et Lopicque.** — Hydrate ferrique dans l'organisme. Arch. de physiol., 1897.
- Baraduc.** — Traitement des kystes hydatiques abdominaux. Th. Paris, 1898.
- Bertrand.** — Sur l'intervention du manganèse dans les oxydations provoquées par la laccase. Bull. soc. chim. t. XVII, p. 619, 1896.
- Besnier.** — Pathologie de la rate. Dict. encyclop. des sc. med. art. « rate » 1879.
- Blanchard.** — Traité de zoologie med., 1889.
- Blum (A.).** — Extirpation de la rate. Rev. crit. Arch. génér. de méd., 1883, 7 s. XI.
- Bouilly.** — Bull. soc. de chir. Paris. 1889, 305.
- Bourquelot.** — Remarques sur les matières oxydantes que l'on peut rencontrer chez les êtres vivants. Journ. de pharm. et chim. t. VIII, p. 465, 1897.
- Braquehay.** — Des kystes du mésentère. Paris, 1892.
- Casanova et Poulet.** — Contribution à l'histoire et à la thérapeutique des kystes hydatiques de la rate. Rev. de chir. 1888, 206.

- Chaintre.** — Kyste hydate de la rate, laparotomie, fixation de la rate à la paroi abdominale, drainage, guérison. Rev. de chir. Paris, 1890, 811.
- Chachereau.** -- Kyste hydatique du poumon. Th. Paris, 1883-84.
- Champenois.** — Etude critique du traitement des kystes hydatiques du foie. Th. Paris, 1896.
- Chauffard.** — Kyste hydatique du foie. Mort à la suite d'une ponction capillaire. Sem. med., 8 juillet 1896.
- Clado.** — Progrès médical 1886, 2<sup>e</sup> s. IV. Soc. anat. p. 676.
- Courtin.** — Obs. Journ. de méd. de Bordeaux, juin 1893.
- Cras.** — Etude sur les kystes hydatiques de la rate. Th. Bordeaux, 1896.
- Davaine.** — Traité des entozoaires, 1860.
- Degaille.** — Kyste hydatique de la rate. Bull. soc. anat. Paris, 1850, 112.
- Delbet.** — Sur un moyen de traitement des kystes hydatiques de l'abdomen. Rapport de Duplay. Bull. académ. de méd. Paris, 1896, 136.
- Dieulafoy.** — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris. Tome III. Leçons V et VI.
- Finsen.** — Les echinocoques en Islande. Arch. gén. de méd., 1867, XIII.
- Gachet et Pachon.** — Arch. de Phys. norm. et patholog., 1898, 363.
- Guillemonat.** — Tumeur en fer du foie et de la rate. Th. Paris, 1896.
- Haberson.** — Kyste hydatique de la rate. In Guy's Hosp. rep., 1869, t. XIV, 213.

- Hahn.** — Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Soc. méd. de Berlin, 12 et 26 juin 1895.
- Herzen.** — Influence de la rate sur la digestion pancréatique. Central f. Med. Wiss., 1877, n° 23, 435.
- Lainé.** — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate. Th. Paris, 1888-89.
- Lapicque.** — Th. doct. ès-sciences, 1897.
- Landenbach.** — Arch. de Phys. norm. et patholog., 1896, p. 693, 1897, p. 200, 385 et 398.
- Lefèvre.** — Recherches sur les kystes hydatiques de la rate. Th. Paris, 1875.
- Lenoël.** — Kystes hydatiques de la rate. Th. Paris, 1879.
- Magdelain.** — Kystes séreux et acephalocystiques de la rate. Th. Paris, 1868.
- Mordret.** — Rapport de Bouilly. Bull. soc. Chirurg., 1892.
- Mosler.** — Ueber Milzechinococcus und seine Behandlung Wiesbaden, 1884.
- Péan.** — Union médicale, 1867.  
— Société des Hôpitaux, mars 1874.
- Portier.** — Recherches sur les oxydases dans la série animale. Th. Paris 1898.
- Quénu.** — Traitement des Kystes hydatiques du foie et de la rate. Bull. soc. Chir. avril 1889.
- Robin.** — Article « rate » (physiologie). Diction. encyclop. Dechambre.
- Schönbein.** — Sur la présence de l'eau oxygénée dans l'organisme de l'homme. Journ. f. prakt. Ch. t. XCII, p. 168. 1884 et Journ. de Pharm. et Chim. XLVI, 313.
- Skoda.** — Echinococcu lienis. In allgemeine Wiener Médiz. Zeitung, 1868.

- Snéguirew.** — Enucléation d'un kyste hydatique de la rate, pratiquée avec l'aide de la vapeur d'eau chaude. *Sem. Méd.* 17 avril 1895,
- Spitzer.** — Die Bedeutung gewisser Nucléoprotéide für die oxydative Leistung der Zelle. (Sur le rôle des nucléoprotéides dans la fonction oxydante de la cellule) *Plügu's Arch. et Maly's Jaresb.* p. 5 34, 1898.
- Terrier.** — Discussion sur les Kystes séreux et sanguins de la rate. *Bull. soc. Chir. Paris*, 2 nov. 1892.
- Tillaux.** — Chirurgie Clinique. 1<sup>er</sup> Vol.
- Trinkler.** — Kyste hydatique solitaire de la rate, son diagnostic, son traitement opératoire. *Revue de Chir.* 1894, p. 107.
- Vanverts (J).** — De la Splénectomie. Th. Paris, 1897.
- Vital.** — Les entozoaires à l'hôpital de Constantine. *Gazette médicale*, 1874, 275.
- Vignerón.** — Traitement des Kystes hydatiques du foie. Th. Paris, 1895.
- Vivenza.** — Contributio alla diagnostica della cisti da echinococco della milza. in *spirimentato*, 1895, n° 13.
- Wassiljew.** — Kyste hydatique de la rate. *Centralblatt. f. Chirurg.* 1886, p. 175.









